



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi Magistrale

Il ruolo della Regolazione Emotiva e dell'Autocontrollo nei Problemi internalizzanti ed esternalizzanti, Autolesionismo e Dipendenza da Smartphone:

Un intervento di Focus Group in età adolescenziale

The role of Emotional Regulation and Self-Control in Internalizing and Externalizing problems, Self-harming and Smartphone Addiction:

A Focus Group intervention in adolescence

Relatrice

Prof.ssa Silvia Salcuni

Correlatrice

Dott.ssa Elisa Mancinelli

Laureanda: Rachele Del Guerra

Matricola: 1231802

Anno accademico 2021-22

Indice

CAPITOLO 1	5
1.La regolazione emotiva e l'autocontrollo in età adolescenziale	5
1.1. Le strategie di regolazione emotiva e il ruolo dell'autocontrollo nei problemi internalizzanti ed esternalizzanti in età adolescenziale	13
1.3. Le strategie di regolazione emotiva e il ruolo dell'autocontrollo nel comportamento autolesivo	19
2. Obiettivo e Ipotesi dello studio	24
CAPITOLO 2	27
3. Il contesto della ricerca: Il progetto LOOK@ME e la metodologia di Focus Group in età adolescenziale	27
3.1. I Focus Group	28
4. Il Metodo	32
4.1 <i>Partecipanti e procedura</i>	32
4.2 <i>Strumenti di misura</i>	34
4.3 <i>Analisi dei dati</i>	40
CAPITOLO 3	43
5. Risultati	43
5.1 <i>Correlazioni di Spearman rho</i>	45
5.2 <i>Modelli mediazionali</i>	54
Discussione	58
Limiti dello studio e sviluppi futuri	67
Conclusioni	69
Bibliografia	71

CAPITOLO 1

1.La regolazione emotiva e l'autocontrollo in età adolescenziale

La regolazione delle emozioni è un processo complesso che comprende la consapevolezza e la comprensione delle emozioni, l'accettazione di queste e la capacità di utilizzare strategie in modo flessibile per modulare le risposte emotive al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati (Brinke et al., 2020; Gratz & Roemer, 2004; Lingiardi & McWilliams, 2018). Tale processo può essere visto come subordinato al più ampio costrutto di regolazione affettiva, processo che include tutti i vari tipi di sforzi atti ad influenzare le risposte emotive, tra cui il coping e la regolazione dell'umore (Gross, 2008).

Il coping si distingue dalla regolazione delle emozioni per il focus predominante sulla diminuzione degli stati negativi per periodi di tempo relativamente lunghi, mentre la regolazione dell'umore si riferisce alla modulazione di uno stato affettivo che ha tipicamente una durata maggiore e meno probabilità di coinvolgere oggetti o situazioni specifici (Gross, 2008).

Un'emozione (dal latino ex-movere, portare fuori) origina dal punto di vista biologico quando una situazione viene interpretata come presentare importanti opportunità o sfide, interne o esterne, per l'individuo (Gross & Munoz, 1995). La regolazione emotiva implica un aggiustamento continuo, dinamico e costante dell'emozione rispetto all'ambiente circostante (Cole et al., 1994) e può essere definita come un processo che si distingue per gli obiettivi che l'individuo sta cercando di realizzare, per le strategie di modulazione utilizzate, cioè per i processi particolari utilizzati dall'individuo per raggiungere quell'obiettivo e per il risultato ottenuto dall'individuo. Infatti, forme diverse di regolazione emotiva potrebbero avere conseguenze diverse, sia nell'immediato che nel lungo termine (Gross, 2013).

Indipendentemente da quali siano gli obiettivi della regolazione emotiva le strategie di regolazione emotiva possono includere processi di tipo cognitivo o processi di tipo comportamentali volti a modificare l'esperienza e l'espressione delle emozioni modulando l'intensità, la durata o l'avversione di tali risposte emotive (Buckley & Saarni, 2014; Gross, 2013).

In particolare, le strategie di regolazione emotiva di tipo cognitivo, come problem solving e ruminazione, riguardano le capacità dell'individuo di gestire informazioni emotivamente importanti (Thompson, 1991) comportano un cambiamento a livello cognitivo e rappresentano una fase relativamente avanzata del processo di regolazione delle emozioni (McLaughlin et al., 2010). Le strategie di regolazione comportamentale, come distrazione e ritiro, comportano invece un cambiamento a livello comportamentale (Adrian et al., 2019; Brinke et al., 2020). La scelta della strategia utilizzata può dipendere da fattori specifici del contesto, dalla percezione che una persona ha delle proprie risorse sociali e psicologiche e dal possedere o meno credenze di incrementalità e immutabilità rispetto alle emozioni esperite (Gross, 2013).

Sulla base del modello di processo di generazione e regolazione delle emozioni (Gross, 2008), gli individui possono cambiare attraverso strategie di tipo sia cognitivo sia comportamentale, l'esperienza e l'espressione delle emozioni, agendo in diversi punti del sistema generativo dell'emozione (Gross, 2008). In particolare, un individuo può cambiare o evitare l'evento o gli eventi che possono favorire l'emergere di una determinata emozione al fine di modificarne l'impatto emotivo, possono spostare l'attenzione lontano dall'emozione o dall'evento che la stimola oppure rivalutare l'evento che suggerisce una determinata emozione, modificando cioè il proprio modo di pensare rispetto alla determinata situazione. Tali strategie emotive sono focalizzate sull'antecedente, riguardano cioè azioni compiute prima che si origini una determinata emozione, mentre la modulazione della risposta emotiva, rappresenta una strategia che

si verifica alla fine del processo generativo delle emozioni, dopo che le tendenze di risposta sono già state avviate, e si riferisce all'influenza diretta delle componenti esperienziali, comportamentali o fisiologiche della risposta emotiva (Gross, 2008; 2013). Ai fini di comprendere la relazione tra psicopatologia e strategie di regolazione emotiva è utile riconoscere la distinzione, ampiamente accettata in letteratura, tra strategie di regolazione adattiva e strategie di regolazione dis-adattiva (Robertson et al., 2012; Cole et al., 2019; Brinke et al., 2020). Le strategie di regolazione adattive consentono all'individuo, a fronte di un evento stressante o di una situazione particolarmente intensa dal punto di vista emotivo, di modulare la propria esperienza emotiva e comportarsi in conformità con gli obiettivi desiderati e con le necessità l'ambiente circostante (Cole et al., 1994; Gratz & Roemer, 2004). Mentre se ha fronte di un'esperienza emotiva l'individuo non è in grado di contenere l'esperienza emotiva in modo sufficiente a perseguire i suoi obiettivi ad impegnarsi in comportamenti diretti ad uno scopo oppure non consente all'esperienza emotiva di fare il suo corso si parla di regolazione emozionale dis-adattiva (Cole et al., 1994).

Le strategie di regolazione emotiva dis-adattive possono rappresentare una soluzione adattiva nel momento presente in cui vengono messe in atto dall'individuo ma in una prospettiva a lungo termine ostacolano i comportamenti finalizzati, l'adattamento e le aspettative dello sviluppo (Cole et al., 1994; Cole et al., 2019; Robertson et al., 2012). Seppur in modo semplicistico, le strategie di regolazione dis-adattiva possono essere definite lungo un continuum ai cui estremi si trovano le strategie emotive di sotto-regolazione e all'estremo opposto strategie emotive di sovra-regolazione (Cole et al., 1994; Robertson et al., 2012).

Le strategie emotive di sotto-regolazione vengono utilizzate quando il comportamento e l'emozione che lo ha scatenato vengono esperite dal soggetto come tra loro inseparabili (Gratz & Tull., 2010). Un individuo che sotto-regola un'intensa emozione

di rabbia può iniziare a urlare contro qualcuno con cui altrimenti potrebbe desiderare di mantenere un buon rapporto. L'emozione sotto-regolata spesso impedisce il raggiungimento degli obiettivi, come nel caso specifico, l'incapacità di regolare la rabbia può portare alla rottura di una relazione (Robertson et al., 2012). Mentre le strategie emotive di sovra-regolazione, come evitamento emotivo e soppressione emotiva, vengono utilizzate quando l'individuo percepisce l'esperienza emotiva come incontrollabile e quindi tenta di fermarla (Greenberg & Bolger, 2001; Robertson et al., 2012).

Le influenze interne ed esterne all'individuo circa la capacità di regolazione emotiva subiscono profondi cambiamenti durante l'infanzia, l'adolescenza e la giovane età adulta (Riediger & Klipker, 2014). In età infantile la capacità di regolazione emotiva è mediata in modo significativo dai caregiver, che rispondendo ai segnali del bambino, gli permettono di fare esperienza della mutua regolazione e promuovono il benessere del bambino riducendo al minimo le situazioni di stress e di pericolo (Cole et al., 1994; Gross e Munoz, 1995; Tambelli, 2017; Zeman et al., 2006;). Al tempo stesso il bambino ha fin dall'inizio strategie di autoregolazione, che evolveranno nel corso dello sviluppo (Gross e Munoz, 1995; Tambelli, 2017).

Negli anni successivi all'infanzia nonostante i caregiver rimangano influenze significative sulla regolazione emotiva, i loro contributi si evolvono in parallelo al graduale sviluppo neurofisiologico, delle abilità cognitive e linguistiche che garantiscono al bambino la possibilità di fare ricorso ad una gamma sempre più ampia di emozioni per comunicare e indirizzare le proprie richieste emotive in modo finalizzato e per costruire un linguaggio interno in riferimento ai propri stati emotivi (Bretherton & Beeghly, 1982; Gross e Munoz, 1995; Thompson, 1991).

Durante il periodo della tarda infanzia e della prima adolescenza, lo sviluppo di capacità cognitive sempre più sofisticate garantisce all'individuo la possibilità di utilizzare nuove forme di regolazione delle emozioni -come la riformulazione e la capacità di adottare il punto di vista di un'altra persona-, inoltre l'individuo ha una maggiore possibilità di selezionare le proprie amicizie e le proprietà attività e scegliere il proprio ambiente di riferimento (Gross & Munoz, 1995). Lo sviluppo di strategie di regolazione emotive adattive è un compito fondamentale in adolescenza (Adrian et al., 2019) e la maggior parte delle esperienze di autoregolazione emotiva sembrano culminare negli anni dell'età adulta con lo sviluppo di un repertorio efficace di strategie di regolazione emotiva (Thompson, 1991).

Nel corso dell'adolescenza (adolescere, dal latino 'crescere'), l'individuo si trova a dover gestire molte situazioni nuove e al tempo stesso a fare i conti con profondi cambiamenti a livello fisico, psicologico e sociale in un periodo in cui generalmente le situazioni emotivamente più difficili diventano più frequenti e intense (Riediger & Klipker, 2004).

È importante sottolineare che c'è una grande variabilità nella tempistica di questi cambiamenti a livello sia inter-individuale, tra gli adolescenti sia intra-individuale, lo sviluppo individuale di un dominio di funzionamento non implica necessariamente lo sviluppo parallelo di un altro (Riediger & Klipker, 2004). Tali cambiamenti evolutivi mettono comunque alla prova le capacità adattive degli adolescenti e la loro flessibilità emotiva e comportamentale (Ammaniti, 2002; Lingiardi & McWilliams, 2018).

Nonostante il periodo adolescenziale sia caratterizzato da una maggiore comprensione delle situazioni emotive (Labouvie et al., 1989) e da un repertorio più ampio e sofisticato di strategie di regolazione emotiva (Buckley & Saarni, 2014), l'età adolescenziale è fortemente associata a un aumento di comportamenti legati

all'assunzione di rischi, della ricerca di sensazioni e del comportamento sconsiderato, che possono portare ad azioni con gravi conseguenze per la salute (Dahl, 2004). Parte di tale vulnerabilità, e opportunità, in questo periodo di sviluppo può essere collegata a una serie di cambiamenti normativi su base biologica (Steinberg, 2008). Durante l'adolescenza, infatti, a livello neuropsicologico le aree limbiche e para-limbiche del cervello, sensibili agli stimoli sociali ed emotivi e particolarmente importanti per l'elaborazione della ricompensa, sviluppano più precocemente rispetto alla corteccia pre-frontale, la cui graduale maturazione e interazione sinaptica con le altre aree cerebrali, garantisce il controllo inibitorio rispetto all'emotività sottocorticale, il graduale declino dell'impulsività e un aumento della capacità di auto regolazione (Lingiardi & McWilliams, 2018; Otterbohl et al., 2016; Steinberg, 2007; Thompson, 1991; Zeman et al., 2006).

Questa *disgiunzione* temporale, che è più piccola durante l'infanzia quando entrambi i sistemi sono in via di sviluppo e diventa di nuovo più piccola durante l'età adulta, quando entrambi i sistemi sono completamente maturi (Riediger & Klipker, 2014), si riflette in una *disgiunzione* temporaneamente aumentata tra le esperienze affettive degli adolescenti più giovani e le loro capacità di regolazione delle emozioni (Riediger & Klipker, 2014).

In particolare, le strategie emotive di tipo cognitivo seguono uno sviluppo lineare, e risultano essere più frequentemente utilizzate nella tarda adolescenza rispetto alla prima adolescenza (Brinke et al., 2020; Garnefski & Kraaij, 2006; Van den Heuvel et al., 2019), mentre lo sviluppo di strategie di regolazione comportamentale durante il periodo adolescenziale sembra seguire un 'modello di maturazione generale', aumenta cioè l'utilizzo di strategie adattive e diminuisce quello di strategie dis-adattive (Brinke et al., 2020; Kovacs et al., 2019).

L'autocontrollo rappresenta l'esercizio del controllo su di se' da parte del se' (Muraven & Baumeister, 2000), implica sia la capacità dell'individuo di modulare i propri impulsi ed esprimere i propri bisogni, motivazioni e desideri in modo flessibile, adattivo e appropriato al contesto di appartenenza, sia l'abilità di supportare il proseguimento degli obiettivi a lungo termine (Baumeister et al., 2007; Duckworth, 2011; Lingiardi & McWilliams, 2018; Muraven & Baumeister, 2000; Tangney et al., 2004;).

L'autocontrollo è una capacità adattiva che riguarda l'aspetto top-down del controllo comportamentale, rappresenta cioè un meccanismo di effortful control rispetto ai meccanismi reattivi (Zondervan-Zwijnenburg et al., 2020), che si acquisisce fin dall'infanzia e sviluppa, come i processi di regolazione emotiva sopra descritti, in modo sostanziale durante l'adolescenza (Casey 2015; Lingiardi & McWilliams, 2018; Moffit et al., 2011; Zondervan-Zwijnenburg et al., 2020;). Questi cambiamenti specifici dell'adolescente riflettono sia i vincoli biologici basati sull'evoluzione che le esperienze intellettuali, fisiche, sessuali e sociali (Casey, 2015).

Vi sono prove convergenti provenienti da questionari, studi comportamentali e neurobiologici che indicano come il controllo degli impulsi migliora in modo lineare lungo tutto l'arco della vita dalla prima infanzia all'età adulta, quindi anche durante il periodo adolescenziale (Casey, 2015; Galvan et al., 2007; Steinberg et al., 2008; Zondervan-Zwijnenburg et al., 2020). Zondervan-Zwijnenburg e colleghi trovano inoltre come durante il periodo adolescenziale lo sviluppo dell'autocontrollo sia accompagnato da un modello di 'recupero', cioè adolescenti con scarse capacità in termini di autocontrollo mostrano un maggiore incremento in termini di autocontrollo durante il periodo di sviluppo rispetto ai coetanei (Zondervan-Zwijnenburg et al., 2020).

L'autocontrollo costituisce quindi una caratteristica individuale, che evolve nel tempo ed è considerato un fattore protettivo contro l'insorgenza di problemi emotivi e comportamentali dall'infanzia all'età adulta (Tangney et al., 2004; Moffit et al., 2011).

Baumeister e colleghi (2007) concettualizzando il costrutto dell'autocontrollo attraverso un 'modello di forza', sostengono che la capacità di regolare il Sé sia fondamentale adattiva e produca risultati migliori in tutte le sfere del funzionamento. In linea con ciò ampi studi suggeriscono che alti livelli di autocontrollo sono associati ad un migliore adattamento psicosociale e a meno problemi durante l'arco della vita (Finkenauer et al., 2005), mentre scarsi livelli di autocontrollo renderebbero l'individuo più vulnerabile allo sviluppo di problemi psicosociali.

Scarsi livelli in termini di autocontrollo, in base alla teorizzazione proposta da Baumeister e colleghi (2007), possono essere spiegati dalla mancanza da parte dell'individuo di standard che siano stabili, chiari e coerenti, dalla mancata abilità nel monitoraggio e nell'inibizione di azioni indesiderate, dal cercare di agire rispetto a falsi presupposti rispetto se stessi o il mondo e dal cercare di controllare cose che non possono essere controllate direttamente. Di opinione opposta Kremen e Block (1998), che hanno proposto che i benefici dell'autocontrollo siano curvilinei. Scarse capacità in termini di autocontrollo porterebbero l'individuo ad impegnarsi in azioni impulsive, rischiose e indesiderabili e, per questo, potrebbero essere associate a problemi comportamentali mentre livelli elevati di autocontrollo potrebbero comportare la soppressione della spontaneità e della creatività e, per questo, potrebbero essere associati a problemi emotivi come depressione e scarsa autostima. In base a questa concettualizzazione un fallimento in termini di autocontrollo è dovuto alla mancanza di flessibilità che rende l'individuo 'bloccato' in una determinata classe di risposta, in modo sotto regolato o sovra regolato, indipendentemente dai requisiti della situazione (Kremen & Block, 1998).

I due modelli sopra proposti concordano quindi sugli svantaggi di un basso autocontrollo, ma non sono d'accordo sul fatto che siano desiderabili livelli elevati di autocontrollo.

1.1. Le strategie di regolazione emotiva e il ruolo dell'autocontrollo nei problemi internalizzanti ed esternalizzanti in età adolescenziale.

In letteratura esiste una distinzione ormai ampiamente accettata tra psicopatologia internalizzante e psicopatologia esternalizzante in età adolescenziale (Garnefski et al., 2005; Lingiardi & McWilliams, 2018; McConaughy et al., 1992). Lo spettro dei disturbi internalizzanti fa riferimento a problemi che sono rivolti verso l'interno e include componenti come umore depresso, paura e ansia eccessiva, che limitano la flessibilità comportamentale dell'individuo e causano spesso stati di angoscia.

Lo spettro dei disturbi esternalizzanti include invece comportamenti rivolti verso l'esterno come aggressività, delinquenza e iper-attività, condotte che portano molto spesso alla sfida e al comportamento distruttivo causando disagio agli altri (Cole et al., Garnefski et al., 2005; 2019; McConaughy et al., 1992; Sourader et al., 2015).

Nonostante in letteratura i costrutti relativi alla regolazione e dis-regolazione emotiva siano ampi e multidimensionali, le strategie di regolazione emotiva sono state identificate come un importante fattore trans-diagnostico alla base dello sviluppo e del mantenimento della psicopatologia sia internalizzante sia esternalizzante in età adolescenziale (Zeman et al., 2006; Aldao et al., 2016, Beauchaine & Cicchetti, 2019).

Tuttavia ad eccezione dello studio condotto da McLaughlin et al.(2011), che mostra come la presenza di psicopatologia in età adolescenziale non influisca sulla capacità di gestire efficacemente le proprie emozioni (McLaughlin et al., 2010), la maggioranza degli studi compiuti al riguardo è trasversale e non è per questo ancora possibile una risposta conclusiva, circa il fatto che la disregolazione emotiva sia un fattore di rischio o una conseguenza dei problemi dell'adattamento in adolescenza (Riediger & Klipker, 2004, 2014).

In adolescenza la capacità di regolazione emotiva è associata ad una maggiore competenza sociale, ad un comportamento più prosociale, a migliori risultati accademici e a minore sviluppo di problemi internalizzanti ed esternalizzanti e ad una migliore gestione dei propri sentimenti in modo da facilitare il raggiungimento dei propri obiettivi (Buckley & Saarni, 2014; Zeman et al., 2006).

E' stato proposto che la regolazione delle emozioni svolga un ruolo fondamentale circa la capacità degli adolescenti di affrontare e superare le diverse sfide evolutive (McLaughlin et al., 2011; Silk et al., 2007; Yap et al., 2007) e si presume che sia la sovra regolazione che la sotto regolazione implicino rischi per l'adattamento socio emotivo degli adolescenti, cioè per la loro capacità di adattarsi alle sfide evolutive che incontrano (Riediger & Klipker, 2004). La comprensione dello sviluppo delle capacità di regolazione delle emozioni durante l'adolescenza può quindi avere importanti implicazioni pratiche (Riediger & Klipker, 2004). In particolare, la sintomatologia internalizzante in età adolescenziale sembra essere associata all'utilizzo di strategie di regolazione emotiva disadattive come ruminazione e ritiro (Aldao et al., 2010; Garnefski et al., 2001; Stikkelbroek et al., 2016) e all'utilizzo di strategie di regolazione emotiva di tipo cognitivo (Aldao et al 2010; Aldao et al 2016; Brinke et a 2020; Garnefski et al., 2001, Garnefski et al 2005,).

L'utilizzo disfunzionale di strategie di regolazione di tipo cognitivo potrebbe indicare che gli adolescenti con sintomi di internalizzazione tendono a gestire le emozioni in modo cognitivo e sovra-regolato (Brinke et al. 2020). Ciò è in linea con i dati raccolti da Kovacs e colleghi, che hanno trovato come i bambini con sintomatologia depressiva riportano un repertorio più ampio di strategie cognitive rispetto ai loro coetanei che non riportano psicopatologia (Kovacs et al., 2019). Inoltre, la sintomatologia internalizzante sembra essere associata alla possibilità di fare affidamento su una gamma più limitata di strategie di regolazione emotiva (Lougheed & Hollenstein, 2012). Avere infatti la

possibilità di utilizzare un'ampia gamma di strategie di regolazione emotiva è vantaggioso perché consente l'implementazione flessibile di queste sia una alla volta sia contemporaneamente (Lougheed & Hollenstein, 2012). Tuttavia, i risultati raccolti da Van den Heuvel e colleghi, mostrano come l'adattabilità delle strategie di regolazione emotiva non dipenda dalla loro 'quantità' quanto dal loro 'utilizzo'.

Gli adolescenti che utilizzano poche strategie di regolazione adattive non hanno riportato un aumento del livello di sintomi depressivi quando hanno utilizzato anche poche strategie di regolazione dis-adattiva, e coloro che hanno utilizzato frequentemente strategie disadattive non hanno riportato un aumento del livello di sintomi depressivi quando sono state utilizzate frequentemente anche strategie adattive (Van den Heuvel et al., 2019). La sintomatologia esternalizzante in età adolescenziale sembra invece essere associata maggiormente ad uno stile di regolazione emotivo di tipo comportamentale (Brinke et al., 2020) e a strategie di regolazione emotiva di 'evitamento' che mirano cioè ad evitare gli eventi (Garnesfki et al., 2005).

Per quanto riguarda le differenze di genere in età adolescenziale le ragazze, rispetto ai ragazzi, hanno riferito di utilizzare più strategie di regolazione cognitiva, sia adattive che dis -adattive, in risposta ai sentimenti di rabbia (Brinke et al., 2020). Ciò è coerente con uno studio condotto da Jose e Bown nel 2008, che dimostra come a 12 anni di età sia stata osservata una differenza di genere nell'utilizzo più precoce di strategie cognitive per le ragazze rispetto ai ragazzi della medesima età (Jose & Bown, 2008).

Mentre scarsi livelli di autocontrollo in età adolescenziale risultano essere predittivi della sintomatologia esternalizzante (Finkenauer et al., 2005; Nie et al., 2014; Tangney et al., 2004;), anche in modo indipendente rispetto al contesto di amicizia (Franken et al., 2015; Meldrum et al., 2009). Tali risultati potrebbero essere associati ad un

fallimento della capacità di inibire impulsi e pensieri, emozioni e comportamenti inappropriati (Nie et al., 2014; Tangney et al., 2004).

In linea con il modello proposto da Baumeister e colleghi (anno), sono presenti dati empirici che sottolineano come i benefici dell'autocontrollo sembrano essere lineari: elevati livelli di autocontrollo sono associati ad un'ampia gamma di comportamenti positivi e in generale a meno problemi emotivi (Finkenauer et al. 2010; Tangney et al., 2004), mentre non sembrano emergere differenze di genere in termini di autocontrollo (Finkenauer et al., 2005).

1.2. Le strategie di regolazione emotiva e il ruolo dell'autocontrollo nella dipendenza da smartphone

Due comportamenti che stanno ricevendo una sempre crescente attenzione da parte di ricercatori e clinici sono l'utilizzo problematico di Internet e l'utilizzo problematico dello smartphone (Arrivillaga et al., 2020; Laconi et al., 2018). Per quanto riguarda l'utilizzo di Internet, le statistiche mostrano che il 79% degli individui europei dichiara di utilizzare Internet quotidianamente e questa percentuale sale al 96% tra la popolazione adolescente (Eurostats, 2020).

Inoltre, uno studio transnazionale che coinvolge nove paesi europei e individui di età compresa tra i 18 e gli 87 anni evidenzia come la quantità di tempo che gli individui trascorrono online correla all'utilizzo problematico di internet e la prevalenza degli utenti che mostrano un utilizzo problematico di Internet è compresa tra il 14,3% e il 54,9% (Laconi et al., 2018).

Il disturbo da dipendenza da internet è riconosciuto nel Manuale Diagnostico Psicodinamico seconda edizione (Lingiardi & McWilliams, 2018; PDM-2) e si

configura come disturbo nella misura in cui il funzionamento dell'individuo è compromesso e si presentano sintomi cognitivi e comportamentali come progressiva perdita di controllo, tolleranza e sintomi di astinenza analoghi a quelli presenti nel disturbo da uso di sostanze.

Tale disturbo non è ancora stato incluso nella quinta edizione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) per mancanza sia di studi empirici sufficienti a definire criteri diagnostici specifici per questa condizione sia di descrizioni accurate del decorso clinico, tuttavia il disturbo da gioco su Internet è incluso nella terza sezione come condizione che necessita di ulteriori studi.

Sia la dipendenza da internet sia l'utilizzo eccessivo di smartphone comportano l'utilizzo della tecnologia basata su internet, ma l'immediatezza d'uso, la multifunzionalità e la natura onnipresente di uno smartphone, distinguono l'utilizzo di quest'ultimo dal tradizionale utilizzo di internet o di computer. I telefoni cellulari consentono infatti agli utenti di accedere a Internet in modo continuo e indipendentemente dal tempo e dallo spazio (Jeong et al 2019; Yun et al., 2016). Data l'ampia gamma di servizi e funzioni forniti che sono ormai diventati indispensabili all'utilizzo quotidiano, l'utilizzo del telefono cellulare continua, in modo crescente, ad attirare milioni di utenti in tutto il mondo (Extremiera et al., 2019; Fu et al., 2020; Lee et al., 2014) e, ad oggi, è diventato una necessità piuttosto che un lusso nella vita (Davey et al., 2020). Sebbene la presenza d'uso degli smartphone sia osservata in tutte le fasce di età, tende ad essere prevalente in età adolescenziale (Kim et al., 2017). È rilevante sottolineare come gli adolescenti di oggi siano anche nativi digitali con un alto tasso di accesso ad Internet e di possesso del cellulare (Jeong et al., 2019).

Nonostante gli innumerevoli vantaggi, l'utilizzo eccessivo dello smartphone e di internet può presentare diversi aspetti e conseguenze psicologiche negative (Casale et al

2016; Fu et al 2020), influenzando il benessere degli adolescenti, compresa la loro salute fisica e mentale nonché lo sviluppo sociale (Jeong et al. 2019). Tra i comportamenti di rischio e dis-adattivi è stato identificato il comportamento denominato ‘phubbing’ (Davey et al., 2020). ‘Phubbing’ è un termine inglese che deriva dalla combinazione di due parole ‘phone’ (cellulare) e ‘snubbing’ (snobbare) e identifica il comportamento attraverso il quale una persona ignora le persone attorno a lei nel contesto sociale in cui si trova, concentrandosi sull’utilizzo del cellulare (Davey et al., 2020; Roberts et al., 2016).

Difficoltà in termini di regolazione emotiva e di autocontrollo sembrano essere fattori di rischio per il successivo sviluppo di una dipendenza (Aldao et al., 2010; Jeong et al 2019; Yun et al. 2016). Individui con scarse strategie in termini di regolazione emotiva e di autocontrollo sembrano infatti essere più inclini a impegnarsi in comportamenti di dipendenza nel tentativo di sopprimere le emozioni difficili e / o cercare una gratificazione emotiva immediata (Kun & Demetrovics, 2010; Schreiber et al. al., 2012; Yun et a., 2016). In letteratura sono presenti dati che confermano l’associazione tra strategie di regolazione emotiva dis-adattive tra cui l’evitamento esperienziale, la mancanza di accettazione di risposte emotive, l’accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni, scarso controllo degli impulsi e difficoltà ad impegnarsi in comportamenti diretti ad obiettivi e l’uso problematico dei Social Network (Hormes et al., 2014) e di Internet in generale (Casale et al 2016). Internet viene percepito dall’individuo sia come spazio che consente all’individuo di allontanare sé stesso dagli aspetti negativi sia come ambiente alternativo più sicuro e meno minaccioso rispetto alla vita reale (Caplan, 2003). Studi più recenti mostrano come l’utilizzo di strategie di regolazione emotiva dis-funzionali (Extremiera et., 2019; Fu et al., 2020) e scarse capacità in termini di autocontrollo (Davey et al., 2020; Yun et al., 2016, Mancinelli et al., 2021) siano correlate positivamente anche all’utilizzo eccessivo sia di internet in

generale sia del cellulare (Extremera et., 2019; Fu et al., 2020; Jeong et al 2019). Inoltre, bassi livelli di autocontrollo risultano più predittivi per la specifica dipendenza da Smartphone piuttosto che per la dipendenza da Internet in generale (Jeong et al 2019). Una possibile spiegazione per tali risultati potrebbe essere dovuta alla frequente esposizione agli avvisi e alle notifiche dello smartphone. Esiste infatti una correlazione positiva tra un basso autocontrollo e il tempo di risposta immediato di un individuo alle notifiche (Berger et al 2018).

In linea con le prime speculazioni di Young e colleghi, tali dati suggeriscono che il cellulare potrebbe essere utilizzato come modo di compensare e alleviare sentimenti e pensieri negativi (Extremera et al., 2019; Fu et al., 2020; Young & Rogers, 1998).

Inoltre, studi compiuti con adolescenti e con giovani adulti, in linea con il modello proposto da Baumeister e colleghi (anno), mostrano che elevati livelli in termini di autocontrollo possono fungere da fattore protettivo o comunque moderatore per lo sviluppo di comportamenti di dipendenza da smartphone (Agbaria et al., 2017; Geng et al., 2021; Kim et al 2019).

1.3. Le strategie di regolazione emotiva e il ruolo dell'autocontrollo nel comportamento autolesivo.

L'auto-lesività non suicidaria (non suicidal self-injury – NSSI) si riferisce alla distruzione o alterazione deliberata e diretta del tessuto corporeo senza intento suicidario consapevole (Favazza, 1998; Nock et al., 2010). Inizialmente tale comportamento è stato banalizzato, identificato erroneamente come tentativo di suicidio oppure identificato esclusivamente come criterio del disturbo borderline di personalità (Favazza, 1998). Negli ultimi tre decenni gli interessi dal punto di vista scientifico, clinico e sociologico e gli studi sull'argomento si sono quasi triplicati e parallelamente a

ciò sono emerse distinzioni più attente e sono stati utilizzati termini e definizioni più chiari e coerenti per identificare e riferirsi a questi comportamenti (Nock, 2010; Andover & Morris, 2014).

Nel 2013 l'autolesionismo è stato inserito tra i disturbi psichiatrici nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico (DSM-5; APA, 2013; pag. 930), viene descritto come un *“danno autoinflitto intenzionale alla superficie del suo corpo di un tipo che può indurre sanguinamento o lividi o dolore con l'aspettativa che la lesione porterà solo a danni fisici minori o moderati”*. Tale entità diagnostica include la natura ripetitiva di NSSI, almeno cinque volte nell'ultimo anno e la sua funzionalità, ridurre cioè gli stati negativi. Inoltre tale definizione distingue chiaramente NSSI dalla suicidalità, e quindi anche dalla definizione di *“autolesionismo deliberato”* (DSH, Deliberate Self Harming).

In letteratura sono stati descritti diversi tipi di comportamenti autolesionistici, che vanno dal taglio della pelle, al bruciore della pelle, allo sbattere la testa al tirare i pugni, all'enucleazione degli occhi, alla mutilazione genitale e persino all'amputazione della lingua o dell'orecchio (Mikolajczak et al., 2009; McKenzie & Gross, 2014).

Barrocas e colleghi (2012) hanno evidenziato una differenza di genere nei comportamenti autolesivi in quanto il taglio emerge essere il metodo più comune per le ragazze, mentre colpire contro il muro emerge essere il metodo più comune per i ragazzi. L'età di esordio riportata è tra i 12 ei 14 anni (Cipriano et al., 2017), tuttavia solo pochi studi (Barrocas et al., 2012; Sornberg et al. 2012) sono stati condotti con una popolazione di età inferiore ai 12 anni. Indipendentemente dal tipo di comportamento autolesivo quest'ultimo rappresenta una minaccia comune per la salute mentale di adolescenti e i giovani adulti (Brown & Plener, 2017; Perez et al., 2012). Si stima infatti che il 21% degli adolescenti di comunità (Brausch & Gutierrez, 2010) e il 61–68% degli

adolescenti ricoverati (Sim et al., 2009) abbiano messo in atto comportamenti autolesionistici. Inoltre, nel campione di Mikolajczak e colleghi, emerge che il 27% degli adolescenti ha riferito di essersi già deliberatamente fatto del male e, forse in modo più allarmante, il 21% di loro lo ha fatto con l'intenzione di morire (Mikolajczak et al., 2009).

In linea con ciò, studi compiuti sia con adolescenti che con adulti, hanno mostrato come il comportamento autolesivo si sia rivelato un predittore più forte per successivi tentativi di suicidio rispetto al comportamento suicidario passato (Asarnow et al., 2011; Ribeiro et al., 2015). Rimane comunque necessario collocare i dati sopra riportati nel loro contesto, l'adolescenza, e una revisione sistematica di studi longitudinali sull'NSSI e su DSH ha mostrato come i tassi di prevalenza dell'NSSI raggiungano il picco intorno alla media adolescenza, tra i 15 e i 16 anni, e diminuiscono verso la tarda adolescenza (Garnefski et al., 2005). Una sfida chiave è rappresentata perciò dal chiarire le precise funzioni che l'NSSI può svolgere per un dato individuo in un particolare contesto.

La regolazione emotiva è costrutto che ha avuto un ruolo di primo piano nello studio e comprensione del comportamento autolesivo (Wolf et al., 2020). In quanto stati affettivi negativi, come rabbia, ansia, senso di colpa, solitudine, odio per sé stessi e tristezza precedono l'atto autolesivo, che ha lo scopo di alleviare e gestire l'arousal negativo, percepito dall'individuo come incontrollabile (Klonsky, 2007; Mikolajczak et al., 2009; Sim et al., 2009). In linea con ciò, Klonsky e colleghi (2007) trovano come l'esecuzione di comportamenti, eseguiti in laboratorio, che hanno le caratteristiche principali dell'autolesionismo ma non sono abbastanza gravi da causare danni ai tessuti, come ad esempio visualizzare un taglio o eseguire un compito doloroso, portano alla riduzione dell'arousal negativo. Inoltre, dopo l'atto autolesivo i soggetti riferiscono una diminuzione di stati affettivi negativi e un generalizzato senso di sollievo (Klonsky, 2007; Mikolajczak et al., 2009). Per questo motivo le diverse prospettive teoriche, che

cercano di comprendere la relazione tra comportamento autolesivo e regolazione delle emozioni, sono legate dalla nozione che il comportamento autolesivo aiuti in qualche modo l'individuo a fuggire, gestire o regolare le emozioni (Chapman et al., 2006). Ad esempio, attraverso il modello di processo di regolazione delle emozioni di Gross (1998) è possibile concettualizzare il comportamento autolesivo come strategia che può servire a regolare le emozioni in molti modi. L'NSSI può agire per selezionare o modificare l'ambiente dell'individuo, per spostare l'attenzione, per cambiare le cognizioni sul sé o sull'ambiente o per modulare le proprie risposte fisiologiche (McKenzie & Gross, 2014). Il comportamento autolesivo potrebbe attingere ad uno solo di questi processi o a molti di questi contemporaneamente (McKenzie & Gross, 2014).

Chapman e colleghi suggeriscono, concettualizzando il modello di 'evitamento esperienziale', che il comportamento autolesivo sia una strategia o un comportamento di evitamento emotivo, insieme ad altre strategie dis-adattive come l'abuso di sostanze e la soppressione del pensiero (Chapman et al., 2006). In questo modello, difficoltà a livello di regolazione emotiva, come difficoltà a regolare le emozioni quando suscitate, tendenza ad evitare, scarsa tolleranza alla frustrazione e alta intensità emotiva, in risposta a determinati stimoli, elicitano nel soggetto il comportamento autolesivo che diviene una strategia di sollievo temporaneo (Perez et al., 2012).

Al contrario, Nock e Prinsten (2004) hanno analizzato il comportamento autolesivo utilizzando un approccio funzionale, classificando e trattando quindi i comportamenti in base ai processi funzionali che li producono e mantengono. Il comportamento autolesivo viene concettualizzato dagli autori come avente sia funzioni sia intra-personali che inter-personali. In particolare, le funzioni intra-personali riguardano la riduzione degli stati affettivi negativi e / o il raggiungimento di uno stato fisiologico desiderato ad esempio "sentire qualcosa, anche se fosse dolore" (Nock & Prinstein, 2004, pag. 886; Hilt et al., 2008). In linea con tali concettualizzazioni Hilt e colleghi

hanno trovato che il disturbo depressivo è stato associato al NSSI per le funzioni di regolazione delle emozioni e la ruminazione, che comporta un'intensa attenzione ripetitiva sulle esperienze emotive, ha moderato la relazione tra i sintomi depressivi e l'impiego in NSSI (Hilt et al., 2008).

Mentre, le funzioni inter-personali di rinforzo sociale, si riferiscono all'uso del comportamento autolesivo per modificare e / o regolare il proprio ambiente sociale.

Il rinforzo sociale negativo si riferisce all'uso da parte di un individuo di comportamenti autolesivi per sfuggire alle richieste di compiti interpersonali. Il rinforzo sociale positivo implica invece l'ottenimento dell'attenzione degli altri. L'idea che gli adolescenti a volte si impegnino in comportamenti autolesivi per attirare l'attenzione o per manipolare gli altri è ormai conosciuta nella letteratura clinica riguardo i comportamenti autolesivi (Nock & Prestein, 2004). Sebbene le funzioni inter-personali del comportamento autolesivo, siano emerse con una frequenza minore, rispetto alle funzioni inter personali, entrambe risultano essere due fattori significativi che influenzano l'insorgenza di NSSI (Nock & Prestein, 2004).

Inoltre, considerando l'autocontrollo come costituito sia da comportamenti che riguardano l'inibizione degli impulsi immediati (autocontrollo inibitorio), sia da comportamenti che riguardano l'iniziare un'azione legata ad un obiettivo (autocontrollo iniziatico) è possibile notare un'associazione predittiva tra l'autocontrollo inibitorio e la regolazione degli impulsi per impegnarsi in qualcosa di indesiderato rispetto al controllo iniziatico, quest'ultimo predittore del comportamento desiderato (De Ridder et al., 2011). Inoltre, individui che mettono in atto comportamento di NSSI mostrano un controllo inibitorio più scarso rispetto agli individui sani soprattutto rispetto ad immagini emotive che descrivono contenuti emotivi negativi, è possibile che persone che sperimentano difficoltà a respingere emozioni indesiderate facciano

affidamento su un comportamento che fornisce un rinforzo immediato (Allen et al., 2015).

2. Obiettivo e Ipotesi dello studio

L'obiettivo del seguente lavoro di ricerca è quello di valutare l'efficacia di interventi di Focus Group promossi nell'ambito di una ricerca-intervento finalizzata a favorire un maggiore autocontrollo e una migliore la regolazione emotiva in età preadolescenziale in alcune scuole medie; In particolare la ricerca vuole indagare la qualità del pattern associativo tra le variabili *autocontrollo e regolazione emotiva* rispetto alla sintomatologia internalizzante ed esternalizzante, la dipendenza da Smartphone e l'NSSI.

Sulla base della letteratura presa in esame, le ipotesi di ricerca sono le seguenti:

- *Hp1*: Diverse dimensioni della disregolazione emotiva si dovrebbero associare diversamente ai sintomi internalizzanti ed esternalizzanti (Neumann et al., 2010; Garneski et al., 2005). In particolare, la mancanza di chiarezza emotiva, la non accettazione di risposte emotive negative e l'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva dovrebbero esser associate a sintomatologia internalizzante mentre difficoltà nel controllo degli impulsi e difficoltà nell'adottare un comportamento orientato verso un obiettivo potrebbero maggiormente associarsi a sintomatologia esternalizzante (Brinke et al., 2020; Garneski et al., 2005; Loughheed & Hollenstein, 2012; Neumann et al., 2010).
- *Hp2*: Difficoltà in termini di regolazione emotiva dovrebbe positivamente correlare alla dipendenza da smartphone (Extremera et., 2019; Fu et al., 2020)

- *Hp3*: Difficoltà in termini di regolazione emotiva potrebbero positivamente correlare a NSSI (Anderson et al., 2012; Andover & Morris, 2014; Gratz & Roemer, 2008; Perez et al., 2012). L'accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (Champan et al., 2006; Perez et al., 2012) e la mancanza di chiarezza emotiva sono le dimensioni della regolazione emotiva che dovrebbero correlare maggiormente con NSSI (Gratz & Roemer, 2008).
- *Hp4*: Scarsi livelli di autocontrollo ci aspettiamo siano positivamente correlati alla sintomatologia esternalizzante (Finkenauer et al., 2005; Nie et al., 2014; Tangney et al., 2004) ed internalizzante (Nie et al., 2014).
- *Hp5*: Scarsi livelli di autocontrollo dovrebbero positivamente correlarsi a dipendenza da smartphone (Jeong et al 2019).
- *Hp6*: Scarsi livelli di autocontrollo sono attesi come positivamente correlati a NSSI (De Ridder et al., 2011).
- *Hp7*: La disregolazione emotiva dovrebbe mediare l'associazione tra disagio psicologico (sintomi internalizzanti ed esternalizzanti) e dipendenza da smartphone (Squires et al., 2021; Wang et al., 2020).
- *Hp8*: L'autocontrollo dovrebbe mediare negativamente la relazione tra la sintomatologia internalizzante e la dipendenza da smartphone (Li et al., 2021; Geng et al., 2021).

CAPITOLO 2

3. Il contesto della ricerca: Il progetto LOOK@ME e la metodologia di Focus

Group in età adolescenziale

LOOK@ME è un progetto di prevenzione secondaria sviluppato grazie alla collaborazione del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova con l'Associazione "The Net ONLUS – Legami Terapeutici in Rete".

Nonostante sia difficile fare distinzioni assolute tra la prevenzione di tipo primario, la prevenzione di tipo secondario e la prevenzione di tipo terziario, queste possono essere viste lungo un continuum in termini di quando l'intervento viene offerto in relazione allo sviluppo del problema (Durlak & Wells, 1998). La prevenzione primaria cerca di intervenire su popolazioni normali per evitare che si sviluppino problemi. La prevenzione secondaria implica una ricerca-intervento per individui con problemi a livello sub-clinico, al fine di rafforzare i fattori protettivi e ridurre o eliminare i fattori di rischio (Gatta et al., 2016) prima che quest'ultimi possano evolversi e stabilirsi (Hawkins et al., 2002). Mentre l'obiettivo della prevenzione terziaria è ridurre la durata e l'impatto di disturbi conclamati (Durlak & Wells, 1998).

Il Progetto LOOK@ME si rivolge alla popolazione adolescenziale del territorio Padovano e si propone di comprendere e intervenire riguardo due comportamenti a rischio sempre più diffusi in adolescenza, l'NSSI e la Dipendenza da Smartphone e da Social Network. Trattandosi di una ricerca-intervento il progetto si sviluppa in tre fasi della durata complessiva di nove mesi, congruenti all'anno scolastico.

La prima fase prevede la procedura di screening, effettuata attraverso dei questionari online ai ragazzi dagli undici ai diciotto anni di età. Successivamente i dati ottenuti dallo screening vengono analizzati e in base al livello di gravità delle problematiche

emerse (profilazione clinica dei partecipanti) il campione viene suddiviso in normale, a rischio (subclinico) e clinico. La seconda fase prevede la messa in atto di interventi di Focus Group, a seguito di alcuni colloqui individuali con gli studenti risultati clinici o subclinici ed i loro genitori finalizzati a meglio delineare la profilazione clinica dei ragazzi. L'utilizzo della metodologia di Focus Group nell'ambito dei progetti scolastici di prevenzione secondaria origina dal presupposto che l'obiettivo di qualsiasi intervento di prevenzione non è solo quello di fornire informazione ma creare un'opportunità per la classe di interagire, conoscere e riconoscere il significato di alcuni tipi di comportamenti rischiosi (Gatta et al., 2015). Il lavoro di Focus Group, organizzato in cinque o sei incontri, ciascuno della durata di un'ora e si svolge sulla base delle difficoltà emerse dallo screening iniziale. L'ultima fase del progetto prevede una valutazione di follow-up che ha l'intento di analizzare globalmente l'andamento del progetto, l'efficacia dell'intervento nei termini di riduzione degli atti autolesionistici e diminuzione del comportamento legato alla dipendenza da smartphone, ulteriormente associati a miglioramenti nelle variabili di mediazione quali autocontrollo e regolazione emotiva (TheNet-ONLUS, 2017).

3.1. I Focus Group

I Focus Group, utilizzati nella seconda fase del progetto di ricerca LOOK@ME, rappresentano una specifica tipologia di intervento molto utilizzato nell'ambito della prevenzione secondaria (Durlak et al., 1998; Gatta et al., 2015; Gatta et al., 2016).

Tale metodologia utilizza la comunicazione e l'interazione tra i partecipanti per portare alla luce nuovi dati e raccogliere informazioni su un dato argomento di interesse e permette di comprendere come determinate opinioni o conoscenze possano svilupparsi in un determinato contesto culturale (Kitginger, 1995; Woodyatt et al., 2016). Agli inizi degli anni '50 i Focus Group furono utilizzati in ambito sociologico soprattutto per le

ricerche di mercato, negli ultimi cinquanta anni il loro utilizzo si è esteso anche alle scienze sociali, come strumento di ricerca alternativo o ausiliario ad altri metodi di ricerca quali le interviste individuali o i metodi osservazionali (Daley et al., 2013). La metodologia dei Focus Group si basa sull'interazione che si viene a creare tra i partecipanti (Gibbs 1997; Kitzinger, 1995; Schneider et al., 2002), che guidati da un moderatore, espongono le proprie idee e i propri punti di vista in relazione ad una determinata tematica (Bagnoli & Clark, 2010; Daley, 2013). Affinchè tale interazione sia favorita, la dimensione ideale del gruppo è tra le sei e le dodici persone. Un numero troppo piccolo di partecipanti offrirebbe poche opportunità a livello di interazione gruppale, al contrario un numero elevato di partecipanti potrebbe inibire il contributo del singolo individuo (Kitzinger, 2005; Wong, 2008). Diversi autori suggeriscono comunque di reclutare un numero maggiore di partecipanti, poiché non tutti riusciranno effettivamente a prendere parte alle sessioni di Focus Group (Bagnoli & Clark, 2010; Kitzinger J., 2005; Wilkerson J.M., et al. 2014; Woodyatt et al., 2016). Inoltre, i partecipanti ai focus group dovrebbero costituire un gruppo omogeneo rispetto a determinate dimensioni ed eterogeneo rispetto ad altre (Kitzinger, 2005; Wong, 2008).

L'omogeneità tra i partecipanti è un elemento che permette di parlare e condividere esperienze, emozioni e idee liberamente e, se necessario, consente ai partecipanti di fornirsi supporto reciproco nell'esprimere sentimenti che sono comuni al loro gruppo ma che considerano deviare rispetto alla cultura tradizionale o dalla presunta cultura del ricercatore. Mentre l'eterogeneità rispetto ad altre variabili permette di massimizzare l'esplorazione di diverse prospettive all'interno di un contesto di gruppo (Kitzinger, 2005; Wong, 2008).

I Focus Group sono condotti da un moderatore, che è responsabile di introdurre la sessione di Focus Group, presentando sé stesso e la tematica che verrà affrontata e lasciando poi successivamente lo spazio ai partecipanti di auto-presentarsi. Durante la

sessione di Focus Group ha il compito di condurre e stimolare, attraverso domande aperte e un atteggiamento non giudicante e flessibile, i partecipanti ad un dialogo aperto e interattivo e di assicurarsi che tutti i membri del gruppo prendano parte alla discussione (Gibbs 1997; Kitzinger, 2005; Wong, 2008). L'osservatore, invece, è una figura che se presente, ha il ruolo di trascrivere quanto emerge tra i partecipanti prendendo nota anche delle espressioni non verbali, come tono di voce, espressioni facciali o movimenti muscolari (Wong, 2008). Alcuni ricercatori (Bilson, 1989) tuttavia, percepiscono la presenza di un osservatore come intrusiva e per questo preferiscono avvalersi di metodi di registrazione o di video-registrazione e poi della loro necessaria trascrizione.

In età adolescenziale la metodologia di Focus Group si è rivelata uno strumento utile a comprendere e far emergere opinioni, punti di vista dei ragazzi adolescenti e informazioni relative alle norme di gruppo (Bagnoli & Clark, 2010; Bergin et al., 2003; Hyde et al., 2015; Lewis, 1992; Ludden et al., 2017; Rosell et al., 2014). Dalla letteratura emerge che gli adolescenti che hanno preso parte alla metodologia di Focus Group, contemporaneamente o meno ad altre metodologie, hanno dimostrato di apprezzare, talvolta anche preferire, la metodologia di Focus Group rispetto ad altre metodologie come le interviste individuali (Heary & Hennessy, 2006; Lewis, 1992) per il ruolo attivo percepito e per il clima informale creatosi (Heary & Hennessy, 2006; Kenyon, 2004). Il fatto che i membri stessi del gruppo si assumano la responsabilità di favorire il dialogo e di focalizzarlo sull'argomento promuove la discussione e permette di creare un clima di sicurezza che consente ai partecipanti di sentirsi incoraggiati a narrare in modo naturale le proprie esperienze senza sentirsi minacciati (Rosell et al., 2014). Le sessioni di Focus Group includono tipicamente quattro fasi: inizio, apertura, discussione e conclusione. Durante la fase iniziale il moderatore si auto presenta e definisce le regole di base che aiutano a stabilire la condotta prevista. Dopodiché i ragazzi vengono invitati

ad auto presentarsi a loro volta e viene posta loro una domanda di riscaldamento che prevede una breve risposta che rifletta una preferenza personale, ciò aiuta a chiarire che all'interno del gruppo nessuna risposta è giusta o sbagliata. Durante la fase di discussione possono essere utilizzate diverse tecniche per favorire la partecipazione dei ragazzi, tra cui la visione di filmati, l'ascolto di canzoni, giochi di ruolo o lettura ad alta voce di libri. Durante la fase conclusiva, il moderatore dovrebbe riassumere i principali temi emersi e riconoscere la partecipazione dei ragazzi ringraziandoli e premiandoli per la loro partecipazione (Kennedy et al., 2001; Wyatt et al., 2008).

In età adolescenziale è opportuno scegliere in modo appropriato la figura del moderatore al fine di evitare il possibile squilibrio di potere tra la figura adulta del ricercatore e i giovani intervistati (Kenyon, 2004; Kennedy et al., 2001). Il moderatore per questo motivo dovrebbe essere scelto in base a determinate caratteristiche personali, come il possedere un aspetto giovanile, essere sconosciuto ai ragazzi, essere esperto nel condurre ricerche attraverso la metodologia di Focus Group e abile nel dirigere il flusso della conversazione senza condurre i giovani verso argomenti o opinioni specifici (Lewis, 1992). Daley e colleghi sottolineano inoltre l'importanza di favorire le sessioni di Focus Group in luoghi che siano facilmente accessibili ai soggetti e ad orari che non si sovrappongano ad altri tipi di impegni scolastici o extra scolastici, preferibilmente evitando l'ambiente didattico per evitare che i partecipanti associno la partecipazione dei Focus Group ad un'attività prettamente didattica (Clark, 2009; Daley, 2013).

All'interno del progetto di ricerca-intervento LOOK@ME i Focus Group sono stati condotti con le classi che, dagli screening, risultavano avere il maggior numero di ragazzi con problematiche a livello sub clinico. L'obiettivo era di determinare le prospettive degli studenti rispetto ai costrutti misurati attraverso i questionari di screening (auto controllo, regolazione emotiva, dipendenza da smartphone, NSSI), per comprendere la gravità e la pervasività a livello di gruppo classe delle difficoltà legate

ai temi indagati e intervenire al fine di promuovere una maggiore autoconsapevolezza e una migliore regolazione emotiva. Le attività per ogni sessione di Focus Group sono state pianificate in modo da alternare discussioni di gruppo ad attività che prevedano la visione di filmati e attività di brainstorming, durante le sessioni di Focus Group è stato sottolineato più volte che non esistono risposte giuste o sbagliate e che tutte le esperienze condivise sarebbero state apprezzate e rimaste riservate. Sono state utilizzate domande di “riscaldamento” durante il primo incontro e domande aperte durante il corso delle sessioni di Focus Group, visioni di filmati e giochi interattivi che potessero generare e favorire discussioni. I focus Group sono durati circa un’ora e sono stati condotti durante l’orario scolastico nei siti delle singole scuole. Il moderatore è sempre stato affiancato da un osservatore e co-facilitatore che aveva il compito di stilare i report delle sessioni di Focus Group. Dopo ogni Focus Group si sono tenute discussioni di equipe regolari tenute tra il moderatore e terapeute esperte al fine di confrontare e discutere le tematiche emerse durante le sessioni di Focus Group e impostare la sessione di Focus Group successiva.

4. Il Metodo

4.1 Partecipanti e procedura

Il seguente lavoro di ricerca considera i dati raccolti dall’anno 2018 a Dicembre 2021 attraverso il progetto di ricerca LOOK@ME nelle scuole medie di Padova e dintorni per un totale di N=111 ragazzi con un’età compresa tra gli 11 e i 13 anni al T1 (M = 11.67; DS = .561), e tra i 12 e 14 anni (M = 12.84; DS = .458) al T2. N = 59 sono femmine (53.2 %).

I ragazzi hanno potuto partecipare al progetto previo consenso orale degli stessi e previa compilazione del consenso informato da parte di entrambi i genitori. Il consenso informato presenta due firme, una firma consente la partecipazione del ragazzo al

progetto e una seconda che garantisce la possibilità ai genitori di essere contattati nel caso in cui la profilazione del figlio presenti problematiche a livello sub-clinico.

La numerosità dei partecipanti ai Focus Group, in linea con la numerosità dei ragazzi che hanno preso parte al progetto LOOK@ME e con le problematiche emerse, è cambiata nel corso dei tre anni. In particolare, durante il 2018 hanno partecipato ai Focus Group N = 62 ragazzi (59.2 %), nel 2019 N= 22 (19.8%) ragazzi e nel 2021 N= 27 ragazzi (24.3%). Ogni anno sono stati sviluppati e messi in atto specifici interventi di Focus Group mirati alla specifica utenza sopra riportata.

I soggetti inclusi nel seguente lavoro di ricerca hanno rispettato i seguenti criteri:

- Essere iscritti alla scuola secondaria di primo grado
- Aver partecipato alle sessioni di Focus Group

Durante la fase di screening è stata somministrata una batteria di questionari della durata complessiva di 30 minuti circa. I questionari sono stati somministrati da studenti di psicologia supervisionati da uno/a psicologo/a iscritto/a all'albo degli psicologi durante l'orario scolastico. La fase di screening si è svolta in presenza per i primi due anni considerati nel seguente lavoro di ricerca (2018 e 2019), mentre nel 2021 ha causa della pandemia Covid-19, lo screening ha seguito la stessa procedura ma è avvenuto in modalità online sulla piattaforma GoogleMeet. In linea con le esigenze della ricerca e delle necessità di intervento legate alla specificità del singolo e del significato del sintomo nel peculiare contesto adolescenziale, gli strumenti somministrati nella fase di screening e conseguentemente nella fase di follow-up sono cambiati nel corso dei tre anni considerati. Al campione che ha partecipato al progetto LOOK@ME nell'anno 2018 sono stati somministrati il Brief Self-Control Scale (BSCS); lo Strenght and Difficult questionnaire (SDQ); lo Smartphone Addiction Inventory (SPAI); il Self-Injurious e il Self-Injurious Thoughts and Behavior (SITBQ-NS). Nel 2019 sono stati

somministrati gli stessi strumenti dell'anno precedente, ma è stato aggiunto il Difficulties in Emotion Regulation (DERS-SF). Nel 2021, invece, sono stati somministrati gli stessi questionari del 2019, ma il BSCS è stato sostituito con la sottoscala "Self-control" dell'Adolescent Self Consciousness Questionnaire (ASC). Riassumendo gli strumenti sopra descritti e il loro utilizzo nel corso degli anni attraverso il progetto LOOK@ME, si può notare come nel 2018 e 2019 l'autocontrollo sia stato misurato attraverso il BSCS mentre nel 2021 attraverso la sottoscala dell'ASC e come nel 2019 e 2021 sia stata valutata anche la disregolazione emotiva attraverso la DERS-SF. Sono stati apportati tali cambiamenti al fine di meglio comprendere il ruolo delle dimensioni dell'autocontrollo e della disregolazione emotiva nella sintomatologia internalizzante, esternalizzante, nella dipendenza da smartphone e nel comportamento di NSSI e per poter pianificare e attuare un intervento di Focus Group ad hoc.

Nel 2018 e nel 2019 sono stati condotti Focus Group da 6 incontri, mentre nel 2021 l'intervento ha previsto 5 incontri. La riduzione degli incontri da 5 a 6 è stata data da necessità organizzative legate alla gestione scolastica dell'emergenza Covid-19. Al termine delle sessioni di Focus Group è stata condotta una valutazione di follow-up, estesa a tutti i partecipanti che hanno partecipato al progetto, al fine di valutare l'andamento globale del progetto e l'efficacia dell'intervento di Focus Group. Durante il follow-up sono stati somministrati gli stessi questionari della fase di screening.

4.2 Strumenti di misura

Difficulties in Emotion Regulation - Sort Form

La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) è un questionario self-report che misura le difficoltà nella regolazione delle emozioni. È stato tradotto e validato in italiano da Sighinolfi e collaboratori (2010) e da Giromini e colleghi (2012). La DERS-SF, utilizzata nel presente studio, rappresenta la forma abbreviata della Difficulties in

Emotion Regulation Scale (REF). È stata validata da Kaufman e colleghi (2015) su un campione di adolescenti ($M=15.3$, $SD=1.18$). La DERS-SF si compone di 18 item valutati su una scala likert a cinque punti (1 = quasi mai, 5 = quasi sempre). Gli item possono essere raggruppati in sei sottoscale riportate di seguito: la mancanza di accettazione delle risposte emotive (es. Q12 “Quando sono arrabbiato mi vergogno di sentirmi in quel modo”), la difficoltà nell’adottare comportamenti orientati verso un obiettivo (es. Q18 “quando sono arrabbiato ho difficoltà a concentrarmi su altre cose”), l’accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva (es. Q35 “quando sono arrabbiato, mi serve del tempo per sentirmi meglio”), la difficoltà nel controllo degli impulsi (es. Q14 “quando sono arrabbiato perdo il controllo”), la difficoltà nel riconoscimento dell’emozione esperite (es. Q5: “ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo”) la ridotta autoconsapevolezza emotiva (Q2r: “presto attenzione a come mi sento”) (r : item invertito). La numerazione degli item fa riferimento alla versione italiana di Signinolfi e colleghi 2010 (Gratz & Roemer, 2004; Kaufman et al., 2015; Sighinolfi et al.2010). Lo strumento fornisce un punteggio per ogni sottoscala e un punteggio totale, dato dalla somma di ogni sottoscala; a punteggi più elevati corrispondono maggiore disregolazione emotiva (Sighinolfi et al.2010).

Sia il punteggio totale che per i punteggi relativi alle sei sotto-scale, entrambi considerati nel presente lavoro di ricerca, mostrano una buona consistenza interna (alfa di Cronbach), come riportato di seguito: DERS-SF “no accettazione” $\alpha = .87$, DERS-SF “difficoltà nella distrazione” $\alpha = .90$, DERS-SF “mancanza di fiducia” $\alpha = .87$, DERS-SF “mancanza di controllo” $\alpha = .88$, DERS-SF “difficoltà nel riconoscimento” ($\alpha = .86$), DERS-SF “ridotta autoconsapevolezza” $\alpha = .79$ e DERS-SF punteggio totale $\alpha = .91$ (Kaufman et al., 2015)

Adolescent Self-Consciousness Questionnaire

Il costrutto di autocontrollo in età adolescenziale può essere misurato attraverso un'apposita sottoscala facente parte dell'Adolescent Self-Consciousness Questionnaire (ASC; Nie et al., 2014). Quest'ultimo strumento di autovalutazione è stato progettato per valutare la coscienza di sé percepita negli adolescenti tra gli 11 e i 19 anni.

Lo strumento è stato sviluppato da Nie e colleghi per la popolazione adolescenziale cinese, successivamente le proprietà psicometriche dello strumento sono state validate anche sulla popolazione adolescenziale italiana ($M=14.59$, $SD=2.01$) (Del Vecchio et al., 2014). L'ASC è composto da 67 item valutati attraverso una scala likert a cinque punti (1= fortemente in disaccordo, 5 = fortemente in accordo). Tale strumento di valutazione produce un punteggio totale e i punteggi relativi a tre scale: Autocoscienza, Autocontrollo ed Esperienza del Sé (Del Vecchio et al., 2015).

La scala dell'Autocontrollo include tre ulteriori sotto-scale: l'auto-controllo, indagato attraverso 11 item (es. "riesco a controllare le mie emozioni), l'automonitoraggio, indagato attraverso 9 item (es. "penso spesso alla mia motivazione prima di iniziare a fare qualcosa") e l'autocoscienza, 9 item (es. "pianifico sempre bene prima di iniziare a fare qualcosa") (DelVecchio et al., 2015). Nel presente studio è stata utilizzata solo la sottoscala composta da 11 item volta ad indagare l'autocontrollo.

Lo strumento mostra una buona consistenza interna (alfa di Cronbach) nel campione italiano, sia per il punteggio totale ($\alpha=0.90$) sia per la sottoscala relativa all'auto-controllo ($\alpha = .63$; Del Vecchio et al., 2015)

Brief Self-Control Scale

Il Brief Self-Control Scale rappresenta la forma abbreviata del Self Control Scale sviluppata da Tagney e colleghi (2004) su un campione di adolescenti ($M = 20.07$, $SD = 4.99$). Lo strumento si compone di 13 item valutati su una scala likert a cinque punti (1 = per niente come me, 5 = molto come). I 13 item possono essere raggruppati all'interno

di cinque domini: 5 item indagano l'autodisciplina (es. Q1 "sono bravo a resistere alle tentazioni"), 3 item indagano l'inclinazione all'azione deliberata non impulsiva (es. Q13 "rifiuto le cose che non sono buone per me"), 2 item le abitudini sane (es. Q29 "ho difficoltà nel concentrarmi), 2 item l'autoregolazione (es. Q30 "sono capace di concentrarmi sugli obiettivi a lungo termine) e 1 item l'affidabilità (es. Q32 "spesso agisco senza pensare a tutte le alternative"). Nel presente studio viene considerato il punteggio totale il cui minimo corrisponde ad un punteggio di 13 e il massimo a 65; ad un punteggio più elevato corrispondono migliori livelli di auto-controllo. Lo strumento, per il punteggio totale, mostra una elevata consistenza interna ($\alpha=0.85$) (Tangey et al., 2004).

Strength and Difficult Questionnaire

Il Strength and Difficult Questionnaire (SDQ), un questionario sui punti di forza e le difficoltà (Goodman, 1997) è un breve questionario di screening che indaga la presenza di problemi emotivi e comportamentali nei bambini e negli adolescenti. Esistono due versioni dell'SDQ, una versione che può essere completata dai genitori o dagli insegnanti di bambini e adolescenti di età compresa tra i 4 e i 16 anni e un'altra versione che può essere completata da adolescenti di età compresa tra i 11 e i 16 anni.

Dalla sua pubblicazione (Goodman, 1997) lo strumento è stato tradotto in più di 60 lingue e il suo ampio utilizzo è dovuto alla brevità, alla semplicità, alla buona affidabilità e validità e al fatto che è disponibile gratuitamente sul sito Internet (<http://www.sdqinfo.org>) (Goodman, 2010).

La versione italiana dell'SDQ validata in Italia da Di Riso e colleghi (2014) con un campione bambini ($M = 9.04$, $SD = .78$) include 25 item relativi a cinque domini: sintomi emotivi, problemi di condotta, problemi di iperattività- disattenzione, problemi tra pari e comportamento prosociale. Questi item sono misurati su una scala Likert a tre punti (0 = non vero, 1 = abbastanza vero, 2= certamente vero). Il punteggio, per ciascun

dominio, è ottenuto sommando i punteggi dei cinque item che lo compongono fornendo un punteggio che va da 0 a 10. Lo strumento presenta anche un punteggio relativo alla prosocialità (SDQ “Prosocialità”) che varia da 0 a 10 e un punteggio di difficoltà totale che varia da 0 a 40 e che risulta dalla somma di due variabili latenti; i problemi internalizzanti (SDQ “Internalizzante”), misurati attraverso le sotto-scale relative ai sintomi emotivi e ai problemi con i pari e i problemi esternalizzanti (SDQ “Esternalizzante”) misurati attraverso le sotto-scale relative ai problemi di condotta e di iperattività/ disattenzione (Goodman et al., 2010). Mentre a maggiori punteggi nel punteggio totale e nelle scale dei sintomi internalizzanti ed esternalizzanti corrispondono maggiori difficoltà, ad un punteggio più elevato nella scala della prosocialità corrisponde maggiore prosocialità e quindi una maggiore tendenza all'altruismo. Nel presente studio vengono considerati: il punteggio relativo alla prosocialità ($\alpha = 0.67$), il punteggio relativo ai problemi internalizzanti ($\alpha = 0.54$), ai problemi esternalizzanti ($\alpha = 0.48$) e il punteggio totale ($\alpha = 0.51$) (Essau et al., 2012).

SITBQ - Self-Injurious Thoughts and Behavior

Rappresenta uno strumento self-report, tradotto e validato da D'Agostino (2016) con un campione di adolescenti ($M=19.18$) che valuta la presenza, la frequenza e le caratteristiche di un'ampia gamma di pensieri e comportamenti autolesivi (D'agostino et al., 2016; Nock et al., 2007). Lo strumento è composto da 28 item, valutati su una scala likert da 3 o 5 punti in base alla domanda. I 28 item creano due moduli che possono essere compilati solo se la risposta alla prima domanda di ogni modulo è affermativa; quindi, il soggetto indica di avere pensieri autolesivi e/o ha messo in atto comportamenti autolesivi. Il primo modulo indaga i pensieri autolesionistici (es. Q4 “Quante volte nel corso della vita ha avuto pensieri di questo tipo?”) e il secondo i comportamenti autolesionistici (es. Q18 “Quante volte lo ha fatto nel corso della vita?”). In generale, gli item facenti parte del questionario indagano l'esordio, gli episodi più

recenti, l'uso concomitante di alcol e droghe durante l'atto o l'ideazione autolesiva, la probabilità di ripetere i comportamenti autolesivi, i metodi generalmente usati e le motivazioni. Lo strumento fornisce tre punteggi relativi ai pensieri autolesivi (SITBQNS "Ideazione"), ai comportamenti autolesionistici (SITBQNS "Comportamento) e allo spettro autolesivo. Punteggi più bassi indicano pensieri e comportamenti autolesionisti meno frequenti e pervasivi, mentre punteggi più alti si riferiscono a una situazione più critica e pervasiva. Tutti e tre i punteggi vengono considerati nel presente studio. Lo strumento presenta un'elevata consistenza interna (alfa di Cronbach) pari a $\alpha = 0.98$ (D'agostino et al 2016).

Smartphone Addiction Inventory – Italian Version

Lo Smartphone Addiction Inventory – Italian Version (SPAI – I) rappresenta un questionario self-report, tradotto e validato in Italia da Bassi e colleghi (2021), con un campione di età compresa tra i 13 e i 19 anni ($M=16.04$, $SD=1.72$). Lo strumento misura la dipendenza da smartphone ed è progettato sulla base di diversi criteri diagnostici del disturbo da uso di sostanze e di Internet, come sintomi di utilizzo compulsivo, astinenza, tolleranza e problemi nelle relazioni interpersonali e nella gestione della salute e del tempo (Bassi et al., 2021).

Lo strumento è composto da 24 item valutati attraverso una scala likert a quattro punti (1 = fortemente in disaccordo, 4 = fortemente in accordo). I 24 item possono essere raggruppati in cinque dimensioni che riguardano: il tempo speso nell'utilizzo dello smartphone e il proprio grado di difficoltà nel fermarsi (es. Q1: "mi è stato detto più di una volta che ho passato troppo tempo con lo smartphone"), il disagio e lo stress emotivo provato dall'essere privato dall'uso dello smartphone e il fatto che l'utilizzo dello smartphone non possa essere interrotto nonostante le conseguenze negative (es. Q10: "mi sento angosciato o giù di morale quando smetto di usare lo smartphone per un certo periodo di tempo"), l'interferenza dell'utilizzo dello smartphone rispetto ad altre

attività quotidiane e a problemi interpersonali (es. Q18: le mie attività ricreative sono ridotte a causa dell'uso dello smartphone”), il craving, cioè l'incapacità di resistere all'impulso di continuare a mettere in atto il comportamento (es. “Q19: sento il bisogno di utilizzare nuovamente lo smartphone subito dopo aver smesso di usarlo”) e l'impatto dell'utilizzo dello smartphone e sui ritmi sonno – veglia (es. “Q23: ho preso l'abitudine di usare lo smartphone e la qualità del sonno e il tempo di sonno totale sono diminuiti”). Il punteggio SPAI totale si ottiene sommando i punteggi di ciascuna sottoscala in modo che il punteggio totale sia compreso tra 26 e 104, un punteggio ≤ 49 indica non è presente dipendenza da smartphone, un punteggio compreso tra 50 e 59 indica che sono presenti aspetti di dipendenza da smartphone, un punteggio ≥ 60 indica la presenza di dipendenza da smartphone. Nel presente studio vengono considerate tutte le sotto-scale dello strumento e il punteggio totale. Lo strumento mostra, sia per il punteggio totale che per i punteggi relativi alle sei sotto-scale, una buona consistenza interna come riportato di seguito: SPAI “Tempo speso” $\alpha = .79$, SPAI “Comportamento compulsivo” $\alpha = .81$, SPAI “Interferenza vita quotidiana” $\alpha = .82$, SPAI “Craving” $\alpha = .85$, SPAI “Interferenza sonno” $\alpha = .85$ (Bassi et al., 2021).

4.3. *Analisi dei dati*

Le analisi condotte sono state calcolate tramite R (R_Core_Team, 2019) e SPSS (v20.0) considerando i dati raccolti in due tempi diversi: pre- Focus Group (T1) e post- Focus Group (T2).

Dopo una iniziale analisi preliminare delle informazioni demografiche (N; %) e descrittive (M; DS), per verificare la distribuzione normale delle variabili in esame è stato utilizzato il test di Shapiro-Wilk; $p > .05$ indica una distribuzione normale.

Sulla base dei risultati del test di Shapiro-Wilk, per verificare la presenza di differenze tra T1 ed il T2, è stato utilizzato il t-test per campioni appaiati (test parametrico) oppure il test di Wilcoxon (test non-parametrico) per campioni appaiati ($p < .05$).

Per investigare l'associazione tra le variabili considerate nel seguente lavoro di ricerca ed investigare eventuali differenze nel pattern associativo tra le variabili ai due tempi (T1 e T2), le correlazioni di Spearman rho sono state calcolate. L'indice di Spearman è una misura statistica non parametrica di correlazione. Nel seguente lavoro di ricerca l'indice di Spearman rho è stato calcolato separatamente per i dati al T1 e al T2 e congiuntamente tra T1 e T2.

Il valore di rho può variare tra -1 e +1.00. Quando il valore di rho è compreso tra 0 e +1.00 significa che una variabile aumenta con l'aumentare dell'altra, quando il valore rho è compreso tra 0 e -1.00 significa che una variabile aumenta col diminuire dell'altra mentre se $\rho = \pm 1,00$ significa che le due variabili sono praticamente uguali.

Seguendo le linee guida di Cohen (1988), una dimensione dell'effetto $< 0,3$ è considerata piccola, mentre $\geq 0,3$ media e $\geq 0,5$ grande.

Nel presente lavoro di ricerca, sulla base dei risultati emersi dalle correlazioni, sono stati calcolati dei modelli mediazionali (Modello 4) attraverso il Macro "PROCESS" di SPSS sviluppato da Hayes (Hayes, 2013).

I modelli mediazionali comprendono una variabile antecedente o variabile indipendente (X), un'unica variabile conseguente o variabile dipendente (Y) e uno o più mediatori (M); nel presente studio un solo mediatore è stato incluso in ogni modello mediazionale. Tale modello statistico consente di misurare: l'effetto diretto che X ha su Y e l'effetto indiretto di X su Y attraverso M.

In totale sono stati calcolati 7 modelli mediazionali. Nel presente lavoro di ricerca le sottoscale SDQ "Eternalizzante" o SDQ "Prosocialità" al tempo T1 sono state inserite come variabili indipendenti, le sottoscale SPAI "Tempo Speso", "Craving",

“Interferenza vita quotidiana” o “Interferenza Sonno” al tempo T2 come variabili dipendente e, come mediatori, sono state considerate le sottoscale DERS-SF “Difficoltà nella distrazione”, “Mancanza di controllo” o l’autocontrollo al tempo T1. Mentre i modelli con le sottoscala della DERS-SF sono stati calcolati su un campione di N=49 partecipanti (coloro che hanno compilato il questionario DERS-SF), è stata poi creata una variabile unica dell’autocontrollo per tutto il campione al T1 standardizzando ($M=0$ e $DS=1$) gli scoring dell’ ASC e BSCS ed unendoli in un’unica variabile “Autocontrollo”. Per ogni modello, il genere e le sottoscale SPAI al T1, inserite singolarmente come variabili dipendenti al T2, sono state considerate come co-variate. Come verifica di ipotesi degli effetti è stato utilizzato il metodo del bootstrapping, metodo non parametrico che si basa sulle permutazioni con ripetizioni. Dal campione originale vengono estrapolati, per k volte, dei piccoli sotto-gruppi del campione totale in cui le statistiche di interesse vengono ricalcolate. Ciò permette di generare una rappresentazione derivata empiricamente dalla distribuzione campionaria dell’effetto diretto ed indiretto della mediazione e di ottenere un intervallo di confidenza (CI) che meglio rappresenta le irregolarità della distribuzione campionaria per cui le inferenze hanno maggiori probabilità di essere accurate e vicine alla realtà (Hayes et al. 2013). Nel seguente lavoro di ricerca sono stati applicati n= 5000 bootstrap. Gli effetti sono considerati significativi quando l’intervallo di confidenza (CI) esclude lo 0.

CAPITOLO 3

5. Risultati

Nella Tabella 1 sono mostrate le numerosità campionarie e le principali informazioni descrittive (Media, DS) e i risultati del Test di Shapiro Wilk.

Tabella 1. Numerosità, media, deviazione standard e Shapiro-Wilk normality test

	T1				T2			
	N°	Media	DS	Normality test <i>p-value</i>	N°	Media	DS	Normality test <i>p-value</i>
ASC	27	37,26	7,118	0.849	27	35,62	5,167	0.656
BSCS	84	3,437	,602	0.013	84	3,48	,632	0.016
SPAI- Tempo Speso	108	7.79	2.662	<.001	111	7.98	2.515	0.003
SPAI-Comportamento Compulsivo	108	6.50	2.451	<.001	111	6.33	2.221	<.001
SPAI-Interferenza Vita Quotifiana	108	13.29	4.326	<.001	111	13.23	4.076	<.001
SPAI-Craving	108	8.69	3.137	<.001	111	8.51	2.907	<.001
SPAI-Interferenza Sonno	108	4.28	1.766	<.001	111	4.31	1.793	<.001
SPAI	108	40,53	12,375	<.001	111	40,36	11,391	<.001
SDQ-Internalizzante	111	4,810	2,807	<.001	111	4,69	2,651	<.001
SDQ-Esternalizzante	111	5,94	2,978	<.001	111	5,86	3,010	<.001
SDQ	111	10,75	4,807	<.001	111	10,55	4,337	<.001
SDQ-Prosocialità	111	5,5	2,993	<.001	111	4,85	3,714	<.001
DERS-SF-No Accettazione	49	2,25	0,808	0.006	49	2,00	0,931	<.001
DERS-SF-Difficoltà Distrazione	49	2,95	1,124	0.039	49	2,91	1,020	0.058
DERS-SF-Mancanza Fiducia	49	2,42	1,025	<.001	49	2,38	1,040	0.004
DERS-SF-Mancanza Controllo	49	2,17	,923	<.001	49	2,23	1,054	<.001
DERS-SF-Difficoltà Riconoscimento	49	2,89	1,041	0.188	49	2,99	,893	0.316
DERS-SF-Ridotta Autoconsapevolezza	49	2,46	1,013	<.001	49	2,53	1,051	<.001
DERS-SF	49	2,53	,700	0.011	49	2,50	,739	0.004
SITBQNS-Ideazione	16	50,31	28,344	0.005	10	47,70	17,166	0.152
SITBQNS-Comportamento	15	47,00	27,160	0.133	11	41,81	20,370	0.582
SITBQ-NS	12	107,0	53,888	0.081	8	99,87	36,207	0.267

Note. ASC = autocontrollo; BSCS =autocontrollo; SPAI = Dipendenza da smartphone (sottoscale: tempo speso, comportamento compulsivo, interferenza vita quotidiana, craving, interferenza sonno e punteggio totale); SDQ = problemi emotivi e comportamentali (scale: prosocialità, internalizzante, esternalizzante, e punteggio totale); SITBQNS = pensieri e comportamenti autolesivi (scale: ideazione, comportamento e punteggio totale); DERS-SF = disregolazione emotiva (scale : mancanza di accettazione, difficoltà nella distrazione, mancanza di controllo, ridotta autoconsapevolezza, mancanza di fiducia, difficoltà nel riconoscimento e punteggio totale)

L'efficacia preliminare dei Focus Group è stata investigata attraverso un confronto pre-post tra tutte le variabili considerate nel presente elaborato. Per le variabili che hanno

mostrato una distribuzione normale è stato utilizzato un t-test per campioni appaiati mentre per le variabili che hanno mostrato una distribuzione non-normale il test di Wilconxon per campioni appaiati. Come riportato nella Tabella 2, i risultati del test di Wilconxon per campioni appaiati mostrano una differenza significativa nei livelli di prosocialità tra il T1 e T2; nello specifico, si evidenzia una riduzione significativa nei livelli di prosocialità tra i due tempi. Inoltre, dai risultati del t-test per campioni appaiati, emerge una differenza significativa nell'ideazione, comportamento e punteggio totale del SITBQNS, con una riduzione significativa, tra i due tempi rispetto ai livelli di tutte e tre le scale.

Tabella 2. T-test e Wilcoxon Test

	t-test		Wilcoxon test	
	t	p-value	Stat	p-value
ASC	1.698	0.101		
BSCS			126	0.507
SPAI-TempoSpeso			1786.5	0.372
SPAI-Comportamento Compulsivo			1980	0.277
SPAI-Interferenza Vita Quotidiana			2107	0.901
SPAI-Craving			1925	0.406
SPAI-Interferenza Sonno			810.5	0.734
SPAI			3007	0.714
SDQ-Internalizzante			193	0.940
SDQ-Esternalizzante			2247.5	0.904
SDQ			2647.5	0.921
SDQ-Prosociale			218	<.001
DERS-SF-No Accettazione			546	0.067
DERS-SF-Difficoltà Distrazione	0.229	0.819		
DERS-SF-Mancanza Controllo			508.5	0.729
DERS-SF-Ridotta Autoconsapevolezza			532.5	0.869
DERS-SF-Mancanza Fiducia			568.5	0.567
DERS-SF-Difficoltà di Riconoscimento	-0.635	0.528		
DERS-SF			608	0.968
SITBQNS-Ideazione	50	<.001		
SITBQNS-Comportamento	6.909	0.020		
SITBQNS	13.538	0.005		

Note. ASC = autocontrollo, BSCS =autocontrollo, SPAI = Dipendenza da smartphone (sottoscale: tempo speso, comportamento compulsivo, interferenza vita quotidiana, craving, interferenza sonno e punteggio totale)SDQ = problemi emotivi e comportamentali (scale: prosocialità, internalizzante, esternalizzante, e punteggio totale), SITBQNS = pensieri e comportamenti autolesivi (scale: ideazione, comportamento e punteggio totale), DERS-SF = disregolazione emotiva (scale : mancanza di accettazione, difficoltà nella distrazione, mancanza di controllo, ridotta autoconsapevolezza, mancanza di fiducia, difficoltà nel riconoscimento e punteggio totale)

5.1. Correlazioni di Spearman rho

Le correlazioni di Spearman rho al T1, T2 e congiuntamente al T1 e T2 sono riportate nella Tabella 3, Tabella 4, Tabella 5 rispettivamente.

Al tempo T1 (Tabella 3) l'età mostra una correlazione significativa negativa con SDQ "Prosocialità" e correlazioni significative positive, di dimensione minore rispetto alla precedente, con lo SPAI e le sottoscale SPAI ad eccezione della sottoscala SPAI "Comportamento Compulsivo". L'autocontrollo misurato attraverso l'ASC mostra delle correlazioni significative negative con lo SPAI e con tutte le sue sottoscale, con la sottoscala SDQ "Esternalizzante", con la DERS-SF e le relative sottoscale, ad eccezione delle sottoscale "Ridotta autoconsapevolezza" e "No accettazione". Anche l'autocontrollo misurato attraverso il BSCS mostra delle correlazioni significative negative con lo SPAI e con tutte le sue sottoscale, sebbene rispetto alle correlazioni emerse con l'autocontrollo misurato attraverso l'ASC le dimensioni dell'effetto sono minori, inoltre il BSCS mostra correlazioni significative negative con la sottoscala SITBQNS "Ideazione" e con il punteggio SITBQNS totale, con la sottoscala DERS-SF "Difficoltà nel riconoscimento" e con le sottoscale SDQ "Internalizzante" ed "Esternalizzante", mentre emerge una correlazione positiva con SDQ "Prosocialità". La sottoscala SDQ "Esternalizzante" mostra una correlazione negativa e significativa con lo SPAI e con tutte le relative sottoscale. Inoltre, la sottoscala SDQ "Esternalizzante" correla negativamente e significativamente anche con l'SDQ "Prosocialità". La sottoscala SDQ "Internalizzante" mostra una correlazione significativa solo con la sottoscala SPAI "Interferenza nella vita quotidiana". La DERS-SF totale mostra correlazioni significative positive con lo SPAI totale, con tutte le sottoscale SPAI e con la sottoscala SDQ "Internalizzante". Le sottoscale DERS-SF "No accettazione" e "Difficoltà nella distrazione" mostrano correlazioni significative positive con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI "Tempo Speso", "Interferenza nella vita quotidiana" e "Craving"; la

sottoscala DERS-SF “Difficoltà nella distrazione” mostra, inoltre, correlazioni positive e significative con le sottoscale SDQ “Internalizzante” e “Esternalizzante”. La sottoscala DERS-SF “Mancanza di fiducia” mostra correlazioni significative positive con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI “Comportamento compulsivo”, “Interferenza nella vita quotidiana”, “Interferenza sonno” e con la sottoscala SDQ “Internalizzante”. La sottoscala DERS-SF “Mancanza controllo” mostra correlazioni significative positive con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI “Comportamento compulsivo”, “Interferenza nella vita quotidiana”, “Craving” e “Interferenza sonno” e con la sottoscala SDQ “Esternalizzante”. La sottoscala DERS-SF “Difficoltà nel riconoscimento” mostra una correlazione positive con la sottoscala SPAI “Interferenza sonno”. La sottoscala DERS-SF “Ridotta autoconsapevolezza” mostra correlazioni significative positive con la dipendenza da smartphone e con tutte le sottoscale SPAI ad eccezione delle sottoscale SPAI “Tempo speso” e “Craving” e mostra una correlazione positiva con la sottoscala SDQ “Internalizzante”. Il punteggio SITBQNS totale, oltre ad una correlazione negativa e significativa con il BSCS, mostra una correlazione positiva e significativa con la sottoscala SDQ “Internalizzante”.

Di seguito sono riportate le correlazioni calcolate considerando le variabili al T2 (Tabella 4). Rispetto al T1, al T2 l’Età non mostra correlazioni significativamente con l’SDQ “Prosocialità” né con lo SPAI totale o le sue sottoscale. L’autocontrollo misurato attraverso l’ASC non mostra più, al T2, una correlazione negativa con le sottoscale SPAI “Tempo speso”, “Comportamento compulsivo” e “Craving”, con le sottoscale DERS-SF “Difficoltà nella distrazione” e “Difficoltà nel riconoscimento”. Invece, permangono al T2 correlazioni negative e significative, sebbene con una dimensione dell’effetto minore rispetto a T1, tra l’ASC e lo SPAI totale, le sottoscale SPAI “Interferenza vita quotidiana” e “Interferenza con sonno”, con la DERS-SF totale e la sottoscala DERS-SF “Mancanza di controllo”. L’ASC al T2 mostra, inoltre, correlazioni

negative e significative con una dimensione dell'effetto maggiore rispetto al T1 con la sottoscala SDQ "Esternalizzante" e con la sottoscala DERS-SF "Mancanza di fiducia". L'autocontrollo misurato attraverso il BSCS mostra correlazioni negative e significative, con una dimensione dell'effetto maggiore rispetto alle correlazioni calcolate al T1, con lo SPAI totale e con tutte le sottoscale dello SPAI, con la sottoscala SDQ "Esternalizzante" e con la sottoscala DERS-SF "Difficoltà nel riconoscimento". Invece, al T2 rispetto al T1, non si riscontrano correlazioni significative tra il BSCS e le sottoscale SDQ "Internalizzante", SITBQNS "Ideazione" e con il punteggio totale di SITBQNS.

La sottoscala SDQ "Internalizzante" non mostra, al T2, alcuna correlazione significativa con le sottoscale SPAI; perciò, a differenza del T1, al T2 non si riscontra una correlazione significativa tra SDQ "Internalizzante" e la sottoscala SPAI "Interferenza con la vita quotidiana", mentre la sottoscala SDQ "Esternalizzante" presenta, come al T1, correlazioni positive e significative con lo SPAI totale e le relative sottoscale SPAI e allo stesso modo l'SDQ "Prosocialità" presenta correlazioni negative e significative con tutte le variabili SPAI. La DERS-SF totale mostra delle correlazioni positive e significative, con dimensioni dell'effetto analoghe al T1, con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI "Interferenza nella vita quotidiana" e "Craving" mentre non emergono, rispetto al T1, correlazioni positive significative con le sottoscale SPAI "Tempo speso", "Comportamento compulsivo", "Interferenza con sonno" e con la sottoscala SDQ "Internalizzante". La sottoscala DERS-SF "Mancanza di accettazione" analogamente al T1 mostra una correlazione significativa positiva con la sottoscala SPAI "Interferenza vita quotidiana", ma non mostra più una correlazione positiva e significativa con lo SPAI totale e le sottoscale SPAI "Tempo speso" e "Craving"; la sottoscala DERS-SF "Difficoltà nella distrazione", analogamente al T1, mostra correlazioni positive e significative con lo SPAI totale e le sottoscale SPAI "Tempo speso", "Interferenza vita

quotidiana” e “Craving”, tuttavia non emergono correlazioni positive e significative con le sottoscale SDQ “Internalizzante” ed “Esternalizzante”. La sottoscala DERS-SF “Mancanza di fiducia” mostra correlazioni positive e significative con lo SPAI totale e con la sottoscala SPAI “Interferenza vita quotidiana” e “Interferenza sonno” come al T1, tuttavia, al T2, non si riscontra una correlazione significativa né con la sottoscala SPAI “Comportamento compulsivo” né con la sottoscala SDQ “Internalizzante”, mentre emerge una correlazione positiva con SDQ “Esternalizzante”. La sottoscala DERS-SF “Mancanza di controllo” mostra delle correlazioni positive e significative con la sottoscala dello SPAI “Interferenza nella vita quotidiana” e con la sottoscala SDQ “Esternalizzante” come al T1 mentre non emergono al T2, correlazioni positive significative con le sottoscale SPAI “Comportamento compulsivo”, “Craving” e “Interferenza con sonno”. Rispetto a T1, né la sottoscala DERS-SF “Difficoltà nel riconoscimento” né “Ridotta autoconsapevolezza” mostrano più correlazioni positive e significative con la sottoscala SPAI “Interferenza con sonno”. Inoltre, rispetto al T1, la sottoscala DERS-SF “Ridotta autoconsapevolezza” non correla più significativamente con la sottoscala SPAI “Interferenza nella vita quotidiana” e “Comportamento compulsivo”, né con la sottoscala SDQ “Internalizzante”, mentre mantiene una correlazione positiva e significativa con lo SPAI totale.

La sottoscala SITBQNS “Ideazione” e il punteggio SITBQNS totale non mostrano più, al T2, una correlazione significativa con il BSCS, tuttavia al T2, le sottoscale SITBQNS “Ideazione”, “Comportamento” e il punteggio SITBQNS totale, correlano negativamente e significativamente con la sottoscala SPAI “Tempo speso” e mantengono correlazioni positive e significative con la sottoscala SDQ “Internalizzante” mostrando una dimensione dell’effetto maggiore rispetto al T1.

Tabella3. Correlazione di Sperman rho al tempo T1.

T1	Age	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1.ASC		-.02																					
2.BSCS		-.16																					
3.SPAI- TempoSpeso		.24*	-.50*	-.44**																			
4.SPAI- Comportamento Compulsivo		.16	-.57**	-.36**	.71**																		
5.SPAI- Interferenza Vita Quotidiana		.25**	-.63**	-.39**	.70**	.72**																	
6.SPAI- Craving		.20*	-.63**	-.37**	.78**	.74**	.74**																
7.SPAI- InterferenzaSonno		.26**	-.64**	-.4**	.57**	.64**	.57**	.61**															
8.SPAI		.25**	-.70**	-.45**	.87**	.86**	.90**	.90**	.72**														
9.SDQ- Internalizzante		-.14	.14	-.25*	.09	.09	.23*	.08	.12	.16													
10.SDQ- Esternalizzante		.06	-.42*	-.70**	.42**	.35**	.40**	.42**	.40**	.47**	.25**												
11.SDQ- Prosocialità		-.43**	-.03	.43**	-.41**	-.30**	-.42**	-.37**	-.29**	-.43**	.04	-.24**											
12.SDQ		-.05	-.31	-.56**	.26**	.27**	.35**	.26**	.30**	.35**	.75**	.77**	-.09										
13.DERS-SF- NoAccettazione		-.07	-.30	.21	.29*	.21	.34*	.32*	.21	.34*	.09	.00	.20	.05									
14.DERS-SF- DiffDistrazione		.16	-.41*	-.28	.30*	.27	.49**	.35*	.24	.42**	.34*	.32*	-.06	.37**	.33*								
15.DERS-SF- MancanzaFiducia		-.00	-.41*	-.32	.21	.46**	.46**	.25	.31*	.42**	.30*	.18	.14	.32*	.38**	.57**							
16.DERS-SF Mancanza di Controllo		.03	-.59**	-.39	.27	.42**	.40**	.37*	.44**	.45**	.17	.30*	-.09	.30*	.41**	.42**	.49**						
17.DERS-SF- Difficoltà di Riconoscimento		-.13	-.63**	-.49*	.20	.19	.28	.19	.38**	.25	.27	.20	-.24	.34*	.00	.20	.35*	.38**					
18.DERS-SF- Ridotta Autoconsapevolezza		-.05	-.22	-.37	.21	.46**	.39**	.28	.33*	.41**	.46**	.21	.00	.41**	.36**	.42**	.73**	.56**	.29*				
19.DERS-SF		-.00	-.59**	-.38	.34*	.48**	.55**	.41**	.43**	.53**	.39**	.27	.00	.41**	.56**	.73**	.84**	.73**	.53**	.78**			
20.SITBQNS- Ideazione		.18	-.48	-.84*	.19	.08	.34	.091	.19	.20	.25	.36	.16	.26	.00	.13	.64	.19	.48	.25	.28		
21.SITBQNS- Comportamento		-.03	-.32	-.60	.34	-.04	.25	-.20	-.28	.02	.31	-.22	-.30	.04	-.33	-.45	.35	-.35	.46	-.12	-.07	.65*	
22.SITBQ-NS		0,00	-.32	-1,00**	.22	-.00	.29	-.26	-.32	-.05	.62*	-.15	.21	.27	-.33	-.45	.35	-.35	.46	-.12	-.07	.74**	.97**

Note. * p-value<.05, ** p-value<.01, *** p-value<.00. Dimensione dell'effetto: Medio=.30-.50; Grande=.50-1.0. ASC = autocontrollo, BSCS =autocontrollo, SPAI = Dipendenza da smartphone (sottoscale: tempo speso, comportamento compulsivo, interferenza vita quotidiana, craving, interferenza sonno e punteggio totale) SDQ = problemi emotivi e comportamentali (scale: prosocialità, internalizzante, esternalizzante, e punteggio totale), SITBQNS = pensieri e comportamenti autolesivi (scale: ideazione, comportamento e punteggio totale), DERS-SF = disregolazione emotiva (scale : mancanza di accettazione, difficoltà nella distrazione, mancanza di controllo, ridotta autoconsapevolezza, mancanza di fiducia, difficoltà nel riconoscimento e punteggio totale)

Tabella 4. Correlazione di Spearman rho al tempo T2

T2	Age	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1.ASC		.02																					
2.BSCS		-.06																					
3.SPAI- Tempo Speso		.05	-.35	-.62**																			
4.SPAI- Comportamento Compulsivo		.09	-.24	-.59**	.66**																		
5.SPAI-Interferenza Vita Quotidiana		.02	-.58**	-.63**	.71**	.70**																	
6.SPAI-Craving		.05	-.20	-.67**	.70**	.75**	.78**																
7.SPAI-Interferenza Sonno		.09	-.42*	-.53**	.44**	.41**	.58**	.49**															
8.SPAI		.06	-.47*	-.71**	.84**	.82**	.92**	.90**	.65**														
9.SDQ- Internalizzante		-.02	.13	-.02	-.14	-.02	-.07	-.03	-.13	-.08													
10.SDQ- Esternalizzante		.02	-.68**	-.76**	.41**	.48**	.46**	.44**	.41**	.51**	.04												
11.SDQ-Prosocialità		.00	-.18	.44**	-.29**	-.33**	-.40**	-.23*	-.27**	-.36**	.24**	-.28**											
12.SDQ		.03	-.42*	-.57**	.24**	.36**	.32**	.32**	.24*	.36**	.53**	.79**	-.14										
13.DERS-SF-No Accettazione		.14	-.11	-.10	.12	.15	.30*	.18	.03	.20	-.07	-.15	-.06	-.20									
14.DERS-SF- Difficoltà Distrazione		.22	-.22	-.39	.32*	.12	.36**	.32*	.23	.38**	.08	.04	.00	.04	.26								
15.DERS-SF- Mancanza di Fiducia		.02	-.54**	-.19	.19	.16	.41**	.27	.33*	.38**	.05	.30*	-.00	.20	.45**	.57**							
16.DERS-SF- Mancanza Controllo		.09	-.47*	-.30	.10	.09	.37**	.13	.20	.23	-.02	.29*	-.19	.22	.61**	.32*	.62**						
17.DERS-SF- Difficoltà di Riconoscimento		-.06	-.22	-.54**	.00	-.01	.23	-.00	.08	.06	.16	.02	-.05	.12	.07	.14	.16	.32*					
18.DERS-SF- Ridotta Autoconsapevolezza		-.06	-.34	-.26	.26	.26	.34*	.22	.12	.37**	.08	.10	-.04	.09	.45**	.54**	.73**	.56**	.18				
19.DERS-SF		.03	-.40*	-.37	.27	.17	.49**	.29*	.24	.41**	.10	.08	-.10	.09	.65**	.71**	.82**	.74**	.40**	.81**			
20.SITBQNS- Ideazione		.11	0.00	-.14	-.67*	-.01	-.29	-.14	.19	-.34	.79**	-.16	.57	.58	0.00	.23	.89	0.00	.70	0.00	.44		
21.SITBQNS- Comportamento		.35	0.00	.14	-.69*	-.17	-.36	-.37	-.01	-.46	.72*	-.29	.03	.40	0.00	.23	.89	0.00	.70	0.00	.44	.95**	
22.SITBQ-NS		.27	0.00	-.40	-.82*	-.07	-.30	-.12	.12	-.36	.85**	-.09	.52	.73*	0.00	.23	.89	0.00	.70	0.00	.44	.95**	1.00**

Note. * p-value<.05, ** p-value<.01, *** p-value<.00. Dimensione dell'effetto: Medio=.30-.50; Grande=.50-1.0. ASC = autocontrollo, BSCS =autocontrollo, SPAI = Dipendenza da smartphone (sottoscale: tempo speso, comportamento compulsivo, interferenza vita quotidiana, craving, interferenza sonno e punteggio totale)SDQ = problemi emotivi e comportamentali (scale: prosocialità, internalizzante, esternalizzante, e punteggio totale), SITBQNS = pensieri e comportamenti autolesivi (scale: ideazione, comportamento e punteggio totale), DERS-SF = disregolazione emotiva (scale : mancanza di accettazione, difficoltà nella distrazione, mancanza di controllo, ridotta autoconsapevolezza, mancanza di fiducia, difficoltà nel riconoscimento e punteggio totale)

Le correlazioni calcolate congiuntamente per il T1 e T2 sono riportate in tabella 5. Si riscontrano correlazioni negative e significative tra l'autocontrollo misurato attraverso l'ASC al T1 e lo SPAI totale e tutte le relative sottoscale al T2, ad eccezione della sottoscala SPAI "Tempo speso". L'autocontrollo misurato attraverso l'ASC al T2

mostra a sua volta correlazioni negative e significative con lo SPAI totale e tutte le sue sottoscale, ma si riscontrano alcune differenze. Nello specifico, l'ASC al T2 correla con la sottoscala "Tempo Speso" al T1 mentre non correla con la sottoscala SPAI "Comportamento Compulsivo" al T1. L'ASC al T2, inoltre, correla significativamente con il SITBQNS totale e con la sottoscala SITBQNS "Comportamento" al T1, mentre, considerando l'ASC al T1 e il SITBQNS al T2, non si riscontrano correlazioni significative.

L'autocontrollo misurato attraverso BSCS, in linea con l'ASC, al T1 mostra correlazioni significative negative con lo SPAI e le relative sottoscale al T2, ma a differenza dell'ASC mostra correlazioni significative negative con la sottoscala SDQ- "Esternalizzante" e con SDQ "Prosocialità". La DERS-SF totale al T1 mostra correlazioni significative negative con l'autocontrollo misurato sia attraverso l'ASC che il BSCS al T2; tuttavia, la correlazione con il BSCS mostra una dimensione dell'effetto maggiore rispetto all'ASC. L'autocontrollo misurato con il BSCS al T2 mostra, inoltre, correlazioni significative positive con lo SPAI e le sottoscale SPAI "Tempo speso", "Interferenza nella vita quotidiana" e "Craving" al T2. La sottoscala DERS-SF "No accettazione" non mostra correlazioni significative, mentre le sottoscale DERS-SF "Difficoltà nella distrazione", "Mancanza di fiducia" e "Mancanza di controllo" al T1 mostrano una correlazione significativa negativa con l'autocontrollo misurato attraverso il BSCS al T2. Inoltre, la sottoscala DERS-SF "Difficoltà nella distrazione" al T1, mostra correlazioni significative positive con lo SPAI totale e le sottoscale SPAI "Tempo speso", "Interferenza vita quotidiana" e "Craving" al T2. La sottoscala DERS-SF "Mancanza di fiducia" al T1 mostra una correlazione significativa positiva con l'ASC al T2 e correlazioni positive e significative con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI "Interferenza vita quotidiana" e "Craving" al T2. La sottoscala DERS-SF "Mancanza di controllo" al T1 mostra una correlazione positiva con la sottoscala SPAI

“Interferenza vita quotidiana” al T2. La sottoscala DERS-SF “Difficoltà riconoscimento” al T1 mostra una correlazione significativa positiva con l’ASC al T2 e correlazioni positive significative con le sottoscale SPAI “Interferenza vita quotidiana” e “Interferenza sonno” al T2. La sottoscala DERS “Ridotta autoconsapevolezza” mostra correlazioni positive significative con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI “Tempo Speso”, “Interferenza nella vita quotidiana” e “Craving” al T2. La dipendenza da smartphone e le relative sottoscale SPAI al T1 mostrano correlazioni significative negative con l’ASC e il BSCS al T2, ad eccezione delle sottoscale SPAI “Comportamento compulsivo” e “Interferenza sonno” che non mostrano una correlazione significativa con l’ASC. La sottoscala SITBQNS “Ideazione” al T1 mostra correlazioni positive e significative con la DERS-SF totale e con la sottoscala DERS-SF “Mancanza di fiducia” al T2. La sottoscala SITBQNS “Comportamento” e il punteggio SITBQNS totale al T1 mostrano correlazioni negative e significative con l’ASC al T2 e solo il punteggio SITBQNS totale al T1 mostra una correlazione negativa e significativa con la sottoscala SPAI “Tempo speso” al T2. La sottoscala SDQ “Esternalizzante” e SDQ “Prosocialità” al T1 mostrano una correlazione negativa e significativa con l’autocontrollo misurato attraverso il BSCS al T2 e correlazioni significative positive con lo SPAI e tutte le relative sottoscale al T2.

La sottoscala SDQ “Esternalizzante” e SDQ “Prosocialità” al T2 mostrano correlazioni significative positive con lo SPAI totale e tutte le sue sottoscale al T1. La DERS-SF totale al al T2 mostra una correlazione negativa e significativa con l’ASC al T1 e correlazioni positive e significative con lo SPAI totale e con le sottoscale SPAI “Comportamento compulsivo”, “Interferenza vita quotidiana” al T2. La sottoscala DERS-SF “No accettazione” al T2 non mostra correlazioni significative con nessun altra variabile. La sottoscala DERS-SF “Difficoltà nella distrazione” al T2 mostra correlazioni significative positive con le sottoscale SPAI “Comportamento compulsivo”

e "Interferenza vita quotidiana" al T1. La sottoscala DERS-SF "Mancanza di fiducia" al T2 correla negativamente e in modo significativo con l'ASC al T1 e correla in modo significativo e positivo con la sottoscala SITBNS "Ideazione" T1. La sottoscala DERS-SF "Mancanza di controllo" al T2 mostra una correlazione significativa positiva con la sottoscala SPAI "Comportamento compulsivo" al T1. La sottoscala DERS-SF "Difficoltà nel riconoscimento" al T2 mostra una correlazione significativa negativa con l'autocontrollo misurato attraverso il BSCS e una correlazione significativa positiva con la sottoscala SDQ "Internalizzante" al T1. La sottoscala DERS-SF "Ridotta autoconsapevolezza" al T2 mostra correlazioni significative positive con la sottoscala SPAI "Comportamento compulsivo" e con SDQ "Prosocialità" al T1. Le sottoscale SITBQNS "Ideazione", SITBQNS "Comportamento" e l'SITBQNS al T2 mostrano correlazioni significative positive con la sottoscala SDQ "Internalizzante" al T1.

Tabella 5. Correlazione di Spearman rho congiunte al tempo T1 e T2

T2

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1.ASC	.68**																						
2.BSCS	-.28	-.46**	-.53**	-.43*	-.44*	-.53**	.05	-.36	-.17	-.24	-.29	-.18	-.38*	-.31	-.32	-.20	-.38*	-.89	-.89	-.89	-.89	-.89	-.89
3.SPAl-TempoSpeso	.56**	-.36**	-.23*	-.49**	-.40**	-.46**	-.46**	.03	-.35**	.28**	-.27*	-.18	-.07	-.06	-.41	.56**	.00	-.25	-.25	.17	-.40	-.40	-.40
4.SPAl-Compulsivo	-.50	-.49**	.56**	.46**	.47**	.40**	.58**	-.03	.38**	-.33**	.30**	.02	.10	.16	.18	.16	.05	.17	.07	-.05	-.04	-.04	-.04
5.SPAl-InterferenzaVitaQ.	-.3	-.51**	.50**	.53**	.60**	.59**	.47**	.64**	.09	.36**	-.22	.36**	.24	.35**	.28	.32*	.11	.32*	.40**	.16	-.56	-.21	
6.SPAl-Craving	-.52	-.42**	.44**	.41**	.60**	.51**	.43**	.58**	.01	.29**	-.27**	.29**	.28	.31*	.23	.28	.25	.26	.36*	.22	.012	-.11	
7.SPAl-InterferenzaSonno	-.44	-.41**	.57**	.55**	.57**	.55**	.39**	.62**	-.08	.37**	-.25**	.28**	.02	.07	.13	.11	.10	.12	.14	.18	-.01	-.20	
8.SPAl-SDQ-Internalizzante	-.35	-.46**	.38**	.37**	.49**	.40**	.43**	.48**	-.01	.34**	-.21*	.29**	.00	.17	.14	.12	.22	.11	.16	-.10	-.18	-.26	
9.SPAl-SDQ-Esternalizzante	-.52	-.51**	.56**	.54**	.66**	.59**	.46**	.67**	-.00	.38**	-.31**	.34**	.17	.24	.24	.25	.18	.25	.32*	.13	-.14	-.22	
10.SPAl-SDQ-Prosociale	.16	-.06	.06	.17	.15	.16	.07	.16	.49**	-.01	.16	.27**	.00	.17	-.00	-.06	.28*	.15	.17	.71*	.86**	.77*	
11.SDQ	-.33	-.42**	.31**	.27**	.37**	.30**	.30**	.38**	-.02	.36**	-.05	.31**	.03	.03	-.02	.07	.08	-.05	.04	.01	-.47	-.36	
12.SDQ	.03	.41**	-.31**	-.47**	-.29**	-.27**	-.40**	.24**	-.29**	.82**	-.15	.12	.28*	.33*	.00	-.22	.40**	.21	.37	.041	.81*	.81*	
13.DERS-SF	-.07	-.30**	.20**	.26**	.31**	.30**	.23**	.33**	.31**	.23**	.09	.38**	.00	.14	-.05	-.03	.24	.03	.11	.61	.29	.58	
14.DERS-SF	-.30	.10	.21	.13	.12	-.07	-.03	.08	-.02	-.10	-.14	-.07	.30**	.23	.20	.14	.25	.33*	.34*	.23	.23	.23	
15.DERS-SF	-.25	-.45**	.38**	.24	.35**	.28**	.09	.37**	-.07	-.11	.10	-.15	.14	.32*	.17	.04	.37**	.24	.33*	.23	.23	.23	
16.DERS-SF	-.40*	-.60**	.27	.16	.34**	.44**	.25	.43**	.12	.06	-.11	.10	.23	.48**	.44**	.31*	.36*	.51**	.57**	.70	.70	.70	
17.DERS-SF	-.33	-.44*	.20	.20	.30**	.20	.12	.28	-.00	-.03	-.08	.03	.32*	.05	.24	.37**	.47**	.37**	.42**	.23	.23	.23	
18.DERS-SF	-.47*	-.41	.07	.08	.29*	.18	.36**	.25	.07	.17	-.03	.22	-.02	-.04	.11	.09	.37**	.05	.15	.89	.89	.89	
19.DERS-SF	-.19	-.41	.36*	.27	.37**	.39**	.26	.44**	.01	.04	-.18	.06	.31*	.32*	.37**	.41**	.32*	.45**	.49**	.44	.44	.44	
20.SITBQNS-Ideazione	-.39	-.56**	.34*	.26	.41**	.34*	.26	.44**	.05	-.01	-.11	.03	.30*	.34*	.37**	.30*	.49**	.46**	.54**	.44	.44	.44	
21.SITBQNS-Comportamento	-.29	-.32	-.20	-.16	-.05	-.18	.36	-.09	.12	.06	.22	.05	.013	.54	.76*	.21	.48	.51	.68*	1.00**	1.00**	1.00**	
22.SITBQNS	-.81**	-.42	-.46	-.24	-.02	-.18	.29	-.17	.38	.45	-.17	.42	-.22	.34	.39	.27	.39	.34	.18	1.00**	1.00**	1.00**	
	-.81**	-.50	-.82**	-.42	-.53	-.48	.45	-.55	.46	.36	.38	.38	-.22	.34	.39	.27	.39	.34	.18	1.00**	1.00**	1.00**	

Note. * p-value<.05, ** p-value<.01, *** p-value<.00. Dimensione dell'effetto: Medio=.30-.50; Grande=.50-1.0. ASC = autocontrollo, BSCS =autocontrollo, SPAl = Dipendenza da smartphone (sottoscale: tempo speso, comportamento compulsivo, interferenza vita quotidiana, craving, interferenza sonno e punteggio totale)SDQ = problemi emotivi e comportamentali (scale: prosocialità, internalizzante, esternalizzante, e punteggio totale), SITBQNS = pensieri e comportamenti autolesivi (scale: ideazione, comportamento e punteggio totale), DERS-SF = disregolazione emotiva (scale : mancanza di accettazione, difficoltà nella distrazione, mancanza di controllo, ridotta autoconsapevolezza, mancanza di fiducia, difficoltà nel riconoscimento e punteggio totale)

5.2. Modelli mediazionali

In linea con i risultati emersi dalle correlazioni sono stati calcolati 4 modelli mediazionali separati con SDQ “Esternalizzante” al T1 come variabile indipendente, le sottoscale DERS-SF “Mancanza di Controllo” e “Difficoltà nella distrazione” al T1 come mediatori e le sottoscale SPAl “Interferenza nella vita quotidiana”, “Tempo speso” e “Craving” al T2 come variabili indipendenti. Questi modelli sono stati calcolati considerando la parte del campione (N=49) che ha compilato la DERS-SF.

Come riportato precedentemente, è stata poi creata una misura unica di Autocontrollo al T1, a partire dalle variabili ASC e BSCS misurate al T1, la quale mostra correlazioni negative e significative con la sottoscala SDQ “Esternalizzante” al T1 e con tutte le sottoscale dello SPAI al T2 e correlazioni positive e significative con SDQ “Prosocialità” al T1. In linea con questi e i precedenti risultati correlazionali sono stati calcolati altri 3 modelli mediazionali che includono la sottoscala SDQ “Esternalizzante” al T1 come variabile dipendente, l’Autocontrollo al T1 come mediatore e le sottoscale SPAI “Inferenza nella vita quotidiana” e “Interferenza sonno” al T2 come variabili dipendenti. Il genere e la variabile dipendente di ogni modello al T1 sono stati inserite come covariate. I modelli mediazionali che hanno mostrato effetti significativi sono riportati in Figura 1, Figura 2, Figura 3 e Figura 4 e saranno commentati qui di seguito. Il modello mediazionale riportato in Figura 1 mostra un effetto diretto significativo della variabile indipendente SDQ “Esternalizzante” al T1 ($\beta = 0.60$; $t = 2.06$; $CI = 0.01, 1.20$) sulla variabile dipendente SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T2, mentre non mostra un effetto significativo su DERS-SF “Mancanza di controllo” al T1. La variabile DERS-SF “Mancanza di controllo” non mostra un effetto significativo su SPAI “Interferenza vita quotidiana”. In linea con ciò non si riscontra un effetto indiretto di SDQ “Esternalizzante” al T1 su SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T2 mediato da DERS-SF “Mancanza di controllo” al T1. La covariante genere non è significativa, mentre SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T1 come covariata è significativa in tutto il modello.

Nel secondo modello, illustrato in Figura 2, la variabile indipendente SDQ “Prosocialità” al T1 mostra un effetto diretto significativo e negativo ($\beta = - 0.29$; $t = - 2.64$; $CI = - 0.50, - 0.07$) su SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T2, mentre l’Autocontrollo non mostra un effetto significativo diretto su SPAI “Interferenza vita quotidiana”, in linea con ciò, l’effetto indiretto della variabile indipendente SDQ

“Prosocialità” sulla variabile dipendente SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T2 mediato dall’Autcontrollo al T1 non è significativo. La covariante genere non è significativa, mentre SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T1 come covariata è significativa in tutto il modello.

I modelli mediazionali riportati in Figura 3 e in Figura 4, mostrano rispettivamente l’effetto negativo e significativo dell’SDQ “Esternalizzante” al T1 sull’ Autocontrollo al T1 ($\beta = - 0.15$; $t = - 5.71$; $CI = - 0.22 , - 0.10$) il quale, a sua volta mostra, un effetto negativo e significativo sullo SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T2 ($\beta = - 1.21$; $t = - 3.12$; $CI = - 1.97 , - 0.44$) e sullo SPAI “Interferenza sonno” ($\beta = - 0.59$; $t = - 2.99$; $CI = - 0.99 , - 0.20$). L’effetto indiretto di SDQ “Esternalizzante” mediato da Autocontrollo al T1 è significativo, sia rispetto a SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T2 ($\beta = 0.19$, $CI = 0.06, 0.37$), che a SPAI “Interferenza sonno” al T2 ($\beta = 0.09$, $CI = 0.02 - 0.17$). Invece, non emerge un effetto diretto della variabile indipendente SDQ “Esternalizzante” al T1 sulle variabili dipendenti SPAI “Interferenza vita quotidiana” e SPAI “Interferenza sonno” al T2. La covariante genere non è significativa, mentre SPAI “Interferenza vita quotidiana” al T1 come covariata è significativa in tutto il modello.

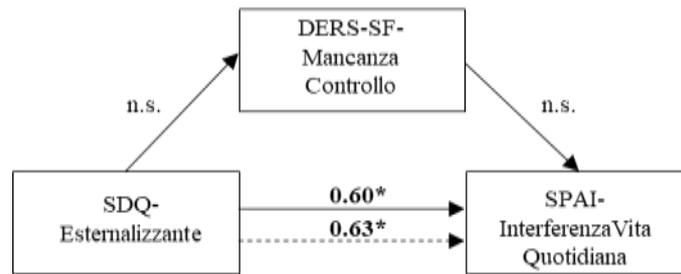


Figura 1. Modello 4. SDQ-Esternalizzante = sintomatologia esternalizzante, SPAI-Interferenza Vita Quotidiana = l'interferenza dell'utilizzo dello smartphone rispetto ad altre attività quotidiane e a problemi interpersonali, DERS-SF-MancanzaControllo = difficoltà nel controllo degli impulsi in presenza di affettività negativa. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.000$; ns = non significativo, linea tratteggiata = effetto totale

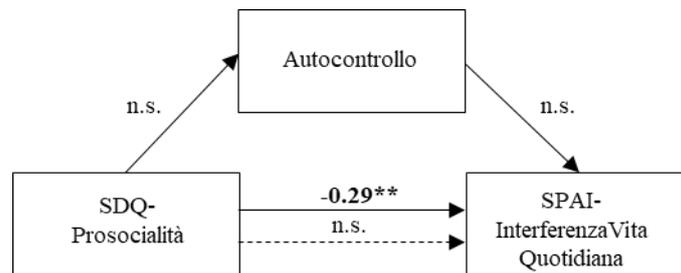


Figura 2. Modello 4. SDQ-Prosocialità = Prosocialità, SPAI- Interferenza Vita Quotidiana = interferenza dell'utilizzo dello smartphone rispetto ad altre attività quotidiane e a problemi interpersonali, Autocontrollo = Variabile creata ad hoc. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.000$; ns = non significativo, linea tratteggiata = effetto totale

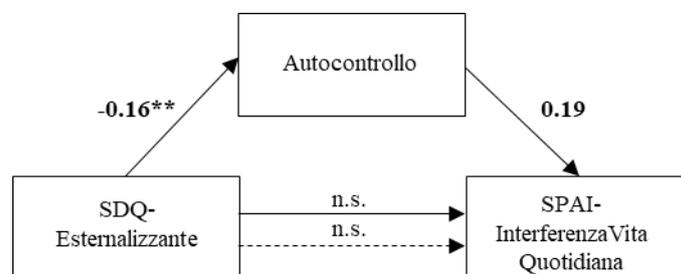


Figura 3. Modello 4. SDQ-Esternalizzante (sintomatologia esternalizzante), SPAI- Interferenza Vita Quotidiana (l'interferenza dell'utilizzo dello smartphone rispetto ad altre attività quotidiane e a problemi interpersonali), Autocontrollo = Variabile creata ad hoc. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.000$; ns = non significativo, linea tratteggiata = effetto totale

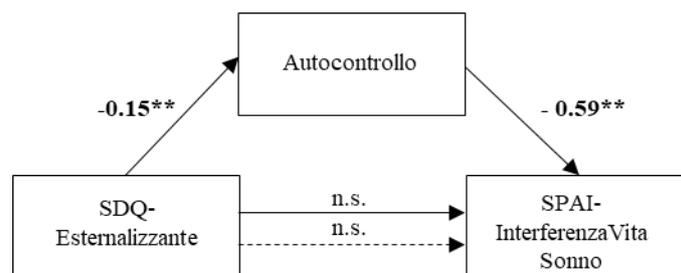


Figura 4. Modello 4. SDQ-Esternalizzante = sintomatologia esternalizzante, SPAI-Interferenza Sonno = impatto dell'utilizzo dello smartphone e sui ritmi sonno – veglia, Autocontrollo = Variabile creata ad hoc. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.000$; ns = non significativo, linea tratteggiata = effetto totale

CAPITOLO 4

Discussione

L'obiettivo del presente lavoro di ricerca è stato quello di andare a valutare l'efficacia di un intervento di Focus Group nel favorire un maggiore autocontrollo e una migliore la regolazione emotiva in età preadolescenziale e comprendere il pattern associativo tra le variabili autocontrollo e regolazione emotiva rispetto alla sintomatologia internalizzante ed esternalizzante, la dipendenza da Smartphone e l'NSSI.

I dati raccolti e analizzati mostrano come non emergano differenze significative, a seguito dell'intervento di Focus Group, rispetto ai livelli di autocontrollo e alle strategie di regolazione emotiva. E' possibile ipotizzare che l'intervento di Focus Group abbia aiutato i ricercatori a comprendere la gravità e la pervasività delle variabili indagate in un contesto di pre-adolescenza mentre un cambiamento in termini quantitativi rispetto ai costrutti sopra menzionati potrebbe non essere emerso per diversi motivi. Anzitutto il periodo pre-adolescenziale è caratterizzato da un'immaturità cognitiva, in particolare lo sviluppo delle strategie di regolazione emotiva e dell'autocontrollo è strettamente legato allo sviluppo neuropsicologico (Casey 2015; Lingiardi & McWilliams, 2018; Steinberg et al., 2008). Per questo solo nella media e tarda adolescenza potrebbe essere visibile un cambiamento in termini quantitativi rispetto allo sviluppo delle strategie di regolazione emotiva adattive e ai livelli di autocontrollo. Inoltre, nel presente lavoro di ricerca non è stata compiuta un'analisi qualitativa rispetto ai report dei Focus Group. Ciò non ha reso possibile avere accesso diretto rispetto alle tematiche emerse durante le sessioni di Focus Group ed esaminare come queste si relazionano rispetto alle variabili indagate nel seguente elaborato e rispetto al campione stesso. Ad esempio, il contesto di gruppo potrebbe aver incoraggiato la discussione e l'emergere di punti di vista diversi rispetto ad una medesima tematica ma i partecipanti stessi del Focus Group potrebbero anche

essersi allineati all'opinione degli altri e / o alle norme di gruppo, senza riflettere né condividere il proprio significato o valore personale rispetto alla tematica indagata (Heary et al., 2006; Kenyon et al., 2004). Infine, è opportuno considerare alcune questioni più prettamente metodologiche. La fase di re-test (follow-up) è avvenuta in media a 4/5 mesi di distanza rispetto all'intervento di Focus Group mentre per valutare esclusivamente l'efficacia dell'intervento di Focus Group è possibile ipotizzare che sarebbe stato opportuno svolgere la fase di re-test in un momento immediatamente successivo all'intervento di Focus Group stesso. Inoltre, nel corso dei tre anni considerati nel seguente elaborato, a causa di questioni prettamente burocratiche e di organizzazione scolastica, i re-test non sono avvenuti alla medesima distanza temporale rispetto alle sessioni di Focus Group.

Tuttavia, è significativo evidenziare come a seguito dell'intervento di Focus Group emerga una riduzione significativa della frequenza del comportamento di NSSI. Inoltre, considerando le correlazioni effettuate al tempo T1 e T2 separatamente è possibile notare come al T1 ma non al T2 scarsi livelli di autocontrollo misurati attraverso il BSCS si associano a comportamenti di NSSI (ipotesi 6), mentre tale associazione non emerge quando l'autocontrollo viene misurato attraverso l'ASC. L'ASC e il BSCS sono due strumenti self report utilizzati nel presente lavoro di ricerca per misurare la dimensione dell'autocontrollo. Al fine di comprendere la specificità dei risultati potrebbe essere utile adottare la prospettiva di DeRidder e colleghi (2021) in merito alla specificazione bidimensionale del BSCS rispetto al costrutto di autocontrollo, che viene distinto nella dimensione iniziatica e inibitoria (DeRidder et al., 2011). La dimensione iniziatica dell'autocontrollo sosterebbe l'inizio di un comportamento diretto ad un obiettivo, mentre la dimensione inibitoria riguarderebbe maggiormente la capacità di inibire impulsi e pensieri, emozioni e comportamenti inappropriati per agire in linea con i propri standard personali e valori morali (DeRidder et al., 2011; Nie et al., 2014).

La specifica associazione al T1 del comportamento di NSSI con il BSCS ma non con l'ASC, che invece sembrerebbe rilevare maggiormente solo la componente inibitoria dell'autocontrollo (Tangney et al., 2004) è in linea con l'ipotesi già avanzata da Mancinelli et al., (2021) secondo cui il comportamento autolesivo non suicidario è associato a difficoltà che riguardano la dimensione iniziatica dell'autocontrollo. Inoltre, tale correlazione non emerge al T2 a seguito dell'intervento di Focus Group. Ciò fa ipotizzare che l'intervento di Focus Group potrebbe aver favorito un maggior autocontrollo rispetto al sotto-campione di preadolescenti che mostrano comportamenti di NSSI e che conseguentemente a ciò il comportamento di NSSI sia esso stesso diminuito.

Un'altra differenza significativa che emerge al tempo T2 riguarda i livelli di prosocialità che diminuiscono a seguito dell'intervento di Focus Group. Tale risultato è inatteso, in quanto i comportamenti prosociali, intesi come comportamenti volontari volti ad avvantaggiare l'altro, dovrebbero iniziare ad emergere durante la pre-adolescenza per seguire uno sviluppo lineare (Fabes et al., 1999; Van der Graaff et al., 2018). Tuttavia la diminuzione dei comportamenti di prosocialità emersa potrebbe essere spiegata considerando la specificità dei dati raccolti e analizzati nel seguente elaborato. La maggior parte dei ragazzi che infatti ha partecipato ai Focus Group manifestano una sintomatologia clinica o sub-clinica caratterizzata da problematiche di tipo esternalizzante e/ o internalizzante, dipendenza da smartphone e / o comportamento autolesivo non suicidario che, in età adolescenziale, correlano negativamente con comportamenti prosociali. (McMahon et al., 2013; Memmott-Elison et al., 2020; Rijsewijk et al., 2016). Inoltre, il presente elaborato racchiude anche i dati raccolti nel 2021 quindi durante la pandemia Covid-19 che in Italia è emersa nel marzo 2020. La pandemia Covid-19 ha causato cambiamenti drammatici nella vita quotidiana di ogni individuo, costringendo l'intera popolazione ad un lockdown forzato. L'effetto di

questo isolamento forzato è stato particolarmente critico rispetto allo stato emotivo dei pre-adolescenti, i cui sentimenti di solitudine, tensione e depressione sono aumentati, portando l'individuo a chiudersi in sé (Sabato et al., 2021). In linea con ciò, uno studio che ha indagato i comportamenti pro-sociali e la preoccupazione empatica sia pre- sia durante il lockdown causato dalla pandemia Covid-19 ha trovato come durante il lockdown gli adolescenti siano diventati più emotivamente concentrati sul sé e meno propensi a mettere in atto comportamenti pro-sociali (Sabato et al., 2021). Inoltre, durante il periodo pandemico le opportunità stesse di azioni prosociali sono diminuite in quanto il distanziamento sociale ha costituito un fattore di protezione chiave nell'affrontare l'avanzata del virus stesso nella vita quotidiana e ciò ha separato gli adolescenti dalla loro routine quotidiana e dal loro contesto sociale (Sabato et al., 2021; Van de Groep et al., 2020).

L'evidenza di una riduzione di comportamenti prosociali acquisisce una specifica rilevanza dal momento che nel presente elaborato scarsi livelli di prosocialità misurati al T1 predicono in modo significativo al T2 la dimensione della dipendenza da smartphone che riguarda l'incapacità degli adolescenti di distogliere la mente dai loro smartphone e di svolgere altre attività durante la loro vita quotidiana, che nel frattempo era stata "inibita" relazionalmente dalla presenza della pandemia. L'eccessivo utilizzo dello smartphone comporta l'utilizzo della tecnologia basata su internet (Jeong et al 2019; Yun et al., 2016), che potrebbe essere percepito come spazio che de-responsabilizza caratterizzato da anonimato e da assenza di vincoli sociali (Lu et al., 2008) e questo renderebbe più facile, immediato e naturale trascorrere il tempo online al punto che tale comportamento va ad interferire con le normali attività della vita quotidiana. Inoltre, tale risultato è in linea con il comportamento di "*phobbing*" che identifica il comportamento attraverso il quale una persona concentrandosi sull'esclusivo utilizzo dello smartphone, arriva ad ignorare le persone del mondo 'reale'

(Davey et al., 2020; Roberts et al., 2016). Quindi è possibile ipotizzare che la dimensione stessa di dipendenza da smartphone che interferisce con la vita quotidiana rinforzi negativamente la mancata messa in atto di comportamenti prosociali (Roberts et al., 2014).

La dipendenza da smartphone è stata indagata anche in relazione alla regolazione emotiva e all'autocontrollo ed emerge che la disregolazione emotiva sia al T1 che al T2 si associa in modo significativo alla dipendenza da smartphone. In aggiunta, dalle correlazioni effettuate congiuntamente al T1 e al T2 emerge come la disregolazione emotiva al T1 mostri una correlazione positiva significativa con la dipendenza da smartphone al T2. Ciò è in linea con la seconda ipotesi del seguente elaborato e con la letteratura esistente (Extremiera et., 2019; Fu et al., 2020) in quanto individui con scarse strategie in termini di regolazione emotiva sembrano essere più inclini a impegnarsi in comportamenti di dipendenza da smartphone nel tentativo di sopprimere le emozioni difficili e / o cercare una gratificazione emotiva immediata (Kun & Demetrovics, 2010; Schreiber et al. Al., 2012; Yun et a., 2016). Inoltre, è interessante notare che la difficoltà nel prestare attenzione e nel riconoscere le proprie emozioni (Gratz et al., 2004) è l'unica strategia di regolazione emotiva che non mostra un'associazione significativa con la dipendenza da smartphone. Ciò fa ipotizzare che la dipendenza da smartphone sia associata ad una consapevolezza dell'emozione negativa esperita ma anche ad un'incapacità di gestire l'emozione negativa attraverso strategie di regolazione emotiva efficaci. In linea con ciò la difficoltà nella distrazione rispetto all'emozione negativa esperita è la strategia emotiva che si associa maggiormente alla dipendenza da smartphone. Questa correlazione è particolarmente interessante perché il *dispiegamento attenzionale* è una strategia di regolazione emotiva individuata da Gross (1999) che si riferisce al dirigere l'attenzione verso una particolare situazione al fine di influenzare e modificare le emozioni esperite (Gross, 1999). È possibile quindi ipotizzare che

l'utilizzo dello smartphone costituisca una strategia di regolazione emotiva attraverso la quale si cerchi di neutralizzare l'emozione negativa esperita (Extremera et al., 2019; Fu et al., 2020; Young & Rogers, 1998). A tal proposito Griffith (2005) sottolinea come la dipendenza da smartphone sia associata a sentimenti positivi, calmanti e di indifferenza e tali sentimenti aumentano l'utilizzo stesso dello smartphone, che va ad interferire con la vita quotidiana, con l'incapacità cioè degli adolescenti di distogliere la mente dai loro smartphone e di svolgere altre attività durante la loro vita quotidiana. Inoltre, la dipendenza da smartphone e tutte le dimensioni che caratterizzano la dipendenza da smartphone (cioè il tempo speso usando lo smartphone, il comportamento compulsivo, l'interferenza rispetto alla vita quotidiana e rispetto al sonno dovuta all'eccessivo utilizzo dello smartphone e il *craving*) in linea con la quinta ipotesi del seguente elaborato (Davey et al., 2020; Yun et al., 2016, Mancinelli et al., 2021) si associano, al T1 a scarsi livelli di autocontrollo. Al T2 tale associazione rimane significativa solo per due dimensioni della dipendenza da smartphone, che riguardano l'interferenza vita quotidiana e l'interferenza rispetto al sonno, quando l'autocontrollo viene misurato attraverso l'ASC. La continua esposizione agli avvisi e alle notifiche dello smartphone stesso potrebbero rendere gli adolescenti con scarso autocontrollo più vulnerabili all'utilizzo stesso smartphone che quindi potrebbe interferire in modo significativo sia con le normali attività della vita quotidiana sia con i ritmi di sonno-veglia (Berger et al., 2018). Mentre, quando l'autocontrollo viene misurato attraverso il BSCS al T2 mostra associazioni significative e con una dimensione dell'effetto maggiore rispetto al tempo T1 con la dipendenza da smartphone e con tutte le relative dimensioni.

Tali risultati, data la peculiarità degli strumenti utilizzati, fanno ipotizzare che al T2 la dipendenza da smartphone correli maggiormente con la dimensione iniziatica dell'autocontrollo. Ciò potrebbe implicare che gli adolescenti non essendo in grado di mettere in atto comportamenti orientati ad un obiettivo personale e a lungo termine

utilizzerebbero lo smartphone a causa dell'immediatezza, dell'accessibilità e dalla facilità di utilizzo di quest'ultimo (Jeong et al 2019; Yun et al., 2016).

Nel seguente elaborato oltre alla dipendenza da smartphone e al comportamento di NSSI, sono state indagate la sintomatologia internalizzante ed esternalizzante, che in linea con la prima ipotesi e con la letteratura esistente (Neumann et al., 2010; Garneski et al., 2005) risultano associate a diverse dimensioni della disregolazione emotiva.

In particolare, la sintomatologia internalizzante si associa alla disregolazione emotiva, in misura maggiore rispetto alla sintomatologia esternalizzante (Garnefski et al., 2005; Neumann et al., 2010) e si associa a strategie di regolazione emotiva, tra cui l'incapacità di distrarsi dall'esperienza di un'emozione negativa e l'impossibilità di fare affidamento su una gamma ampia di strategie di regolazione emotiva (Kashdan et al., 2010; Loughheed et al., 2012). Queste ultime sono due dimensioni della regolazione emotiva particolarmente importanti e rilevanti in età adolescenziale. La pre-adolescenza è infatti un periodo caratterizzato da situazioni emotivamente difficili che diventano più frequenti e intense e da continui cambiamenti a livello fisico, psicologico e sociale. Inoltre, una regolazione emotiva adattiva implica un aggiustamento continuo, dinamico e costante dell'emozione rispetto all'ambiente circostante (Cole et al., 1994). Per questo è importante che l'adolescente stesso abbia a disposizione diverse strategie di regolazione emotiva da poter implementare in risposta alle specifiche esigenze emotive e ambientali (Loughheed et al., 2012; Riediger & Klipker, 2004). Il fatto che adolescenti che riportano una sintomatologia internalizzante non mostrino una difficoltà nel riconoscimento dell'emozione esperita ma non abbiano a disposizione una scarsità di strategie di regolazione emotiva potrebbe implicare che a fronte di un'esperienza intensa e negativa dal punto di vista emotivo, gli individui non siano in grado di modulare la propria risposta emotiva e di agire in conformità con i propri obiettivi e con le necessità dell'ambiente circostante (Cole et al., 1994; Gratz & Roemer, 2004).

Ciò è in linea con l'associazione trovata l'autocontrollo misurato attraverso il BSCS, ma non attraverso ASC e la sintomatologia internalizzante. Tale associazione considerando la specificità degli strumenti sopra descritti, può infatti far ipotizzare che la sintomatologia internalizzante, in età adolescenziale, non sia caratterizzata da una mancanza di controllo degli impulsi ma da una mancata messa in atto di comportamenti orientati ad un obiettivo. E' quindi possibile ipotizzare che deficit nel mettere in atto comportamenti volti ad un obiettivo e la mancanza di strategie di regolazione emotiva a fronte di emozioni spiacevoli limitino la flessibilità cognitiva e comportamentale dell'individuo caratterizzando in modo peculiare la sintomatologia internalizzante (Garnefski et al., 2005; 2019; Sourader et al., 2015).

Mentre la difficoltà nel controllo degli impulsi (ipotesi 3) e scarsi livelli di autocontrollo (ipotesi 4) si associano sia al tempo T1 che al tempo T2 alla sintomatologia esternalizzante (Finkenauer et al., 2005; Nie et al., 2014; Tangney et al., 2004). Ciò conferma che la sintomatologia esternalizzante è invece associata ad uno stile di regolazione emotivo di tipo comportamentale (Brinke et al., 2020) e che i comportamenti di aggressività, delinquenza o iperattività rivolti verso l'esterno, che caratterizzano la sintomatologia esternalizzante in età adolescenziale, potrebbero essere associati ad un fallimento della capacità di inibire impulsi e pensieri, emozioni e comportamenti inappropriati (Nie et al., 2014; Tangney et al., 2004).

Inoltre, i modelli mediazionali considerati nel seguente lavoro di ricerca mostrano come l'impatto del sintomo esternalizzante, rispetto a due dimensioni della dipendenza da smartphone che riguardano l'interferenza nella vita quotidiana e a problemi interpersonali e l'interferenza con il sonno, mostra una riduzione significativa quando è mediato dall'autocontrollo inteso nelle sue due dimensioni, sia inibitoria che iniziatica. Tali risultati sono in linea con il modello proposto da Baumeister e colleghi, in quanto elevati livelli in termini di autocontrollo possono fungere da fattore protettivo o

comunque moderatore per lo sviluppo di comportamenti di dipendenza da smartphone (Agbaria et al., 2017; Geng et al., 2021; Kim et al 2019). Mentre a differenza di quanto ipotizzato (ipotesi 7) la disregolazione emotiva e in particolare l'incapacità di controllo degli impulsi rispetto all'emozione negativa esperita non svolge un ruolo mediatore tra la sintomatologia esternalizzante al T1 e la dimensione della dipendenza da smartphone che riguarda l'interferenza rispetto ad altre attività della vita quotidiana e a problemi interpersonali al T2. Inoltre, nel presente lavoro di ricerca la sintomatologia internalizzante non mostra associazioni con la dipendenza da smartphone (Li et al., 2021; Geng et al., 2021) per questo non è stato possibile validare l'ottava ipotesi del presente lavoro di ricerca.

Limiti dello studio e sviluppi futuri

I risultati sopra esposti dovrebbero essere considerati alla luce di alcune limitazioni, che suggeriscono ulteriori direzioni per la ricerca futura.

Un limite del seguente lavoro di ricerca è costituito dal fatto che tutte le variabili considerate (sintomatologia internalizzante, sintomatologia esternalizzante, prosocialità, autocontrollo, comportamento di NSSI e dipendenza da smartphone) sono state misurate attraverso strumenti self-report e quindi soggetti a bias. È auspicabile che studi futuri affrontino le questioni di ricerca sopra esposte utilizzando sia strumenti self-report sia altre forme di raccolta dati. Come già specificato nell'introduzione del seguente elaborato, i dati sono stati raccolti in momenti differenti che hanno visto alcune differenze nel modo in cui sono stati somministrati i questionari. Nel 2018 e 2019 la fase di screening e di follow-up sono avvenute in presenza, mentre nel 2021 a causa della pandemia Covid-19, lo screening è avvenuto in modalità online. Nel corso dei tre anni, a causa delle esigenze sia della clinica che della ricerca, sono cambiati gli strumenti somministrati e le numerosità dei ragazzi durante la fase di screening e di follow up e ciò potrebbe aver ridotto l'affidabilità dei dati. Inoltre, i dati raccolti non sono sufficienti a supportare la terza ipotesi di ricerca relativa all'associazione tra il comportamento di NSSI e la disregolazione emotiva, in quanto solo un sotto-campione (n= 13 al T1 e n= 8 al T2) rispetto al totale mostra comportamenti autolesivi non suicidari e solo una parte di questo sotto-campione ha compilato il questionario DERS volto a misurare la disregolazione emotiva.

Un ulteriore limite è rappresentato dal fatto che nel presente elaborato non viene considerata la situazione socio-economica del campione e delle relative famiglie, che potrebbe invece evidenziare la presenza di fattori ambientali di rischio e protettivi.

Una specificità del presente elaborato è invece rappresentata dalla numerosità del campione e dalle caratteristiche del campione stesso che comprende una particolare fascia di età, è auspicabile che la ricerca futura possa generalizzare i dati sopra riportati aumentando la numerosità del campione e l'affidabilità dei dati stessi.

Conclusioni

Il seguente elaborato mostra come in età pre-adolescenziale, nonostante sia stato messo in atto un intervento di Focus Group volto a migliorare le capacità di autocontrollo e di regolazione emotiva, quest'ultime non abbiano subito cambiamenti significativi pre- e post- intervento. Tuttavia, la diminuzione del comportamento di NSSI che rappresenta un comportamento di rischio già diffuso in pre-adolescenza rappresenta un risultato significativo data la rilevanza clinica di tale comportamento in quanto rappresenta un predittore più forte per successivi tentativi di suicidio rispetto al comportamento suicidario passato (Asarnow et al., 2011; Ribeiro et al., 2015). Inoltre, l'attuale studio conferma come scarse capacità in termini di autocontrollo e di regolazione emotiva si associano in modo significativo e specifico alla sintomatologia esternalizzante e alla dipendenza da smartphone, mentre scarse capacità in termini di regolazione emotiva sono maggiormente associate alla sintomatologia internalizzante e scarsi livelli di autocontrollo al comportamento di NSSI.

Ringraziamenti

Desidero anzitutto ringraziare la Prof.ssa Silvia Salcuni per avermi dato la possibilità di svolgere un tirocinio che si è rivelato estremamente utile, completo e formativo presso l'associazione The Net Onlus e successivamente per avermi accompagnata con costanza e dedizione nella stesura del presente elaborato. Ringrazio inoltre la Dott.ssa Elisa Mancinelli, il cui aiuto e supporto sono stati fondamentali sia durante il mio percorso di tirocinio sia durante la stesura del presente elaborato.

Ringrazio profondamente anche tutte le persone che l'Università stessa mi ha dato l'opportunità di conoscere. In particolare, vorrei ringraziare Carlotta e Francesca che durante questi anni mi hanno sostenuta e supportata in tutto, siete state e siete persone con cui è diventato normale condividere la quotidianità, i momenti belli e quelli brutti, dagli "svarioni" e alle cose importanti.

Un grazie particolare lo vorrei destinare anche a tutti i miei coinquilini, se mi sono sentita "a casa" in un posto lontano da casa è anche grazie a loro, tutti.

Inoltre, un grazie particolare a te, che da coinquilino sei diventato migliore amico e compagno, persona di cui mi sono fidata e a cui mi sono affidata, il tuo supporto è stato ed è importante per me.

Ci tengo a ringraziare anche i miei amici che ci sono sempre stati e in particolar modo Eleonora perché nonostante le nostre scelte ci abbiano allontanate, troviamo sempre il modo di continuare a dividerle, di ricordare i nostri momenti passati e immaginare quelli futuri, è bello poter ri-trovarsi sempre.

Infine, grazie alla mia famiglia. Grazie ai miei genitori Nadia e Massimo che nonostante la distanza ci sono sempre stati e ho la certezza ci saranno sempre e un grazie particolare a mio fratello Leonardo so di essere cresciuta con lui e anche grazie a lui.

Bibliografia

- Adrian, M., Jenness, J. L., Kuehn, K. S., Smith, M. R., & McLaughlin, K. A. (2019). Emotion regulation processes linking peer victimization to anxiety and depression symptoms in adolescence. *Development and Psychopathology*, 31(3), 999-1009. DOI:10.1017/S0954579419000543
- Agbaria, Q., Mahamid, F., & Ziya Berte, D. (2017). Social support, self-control, religiousness and engagement in high risk-behaviors among adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(4), 13-33. DOI: 10.25215/0404.142
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28(4pt1), 927-946.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28(4pt1), 927-946.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Ammaniti M. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Raffaello cortina editore.
- Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 124-134. DOI:10.1080/13811118.2012.667329
- Andover, M. S., & Morris, B. W. (2014). Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 569-575.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772-781.
- Bagnoli, A., & Clark, A. (2010). Focus groups with young people: a participatory approach to research planning. *Journal of youth studies*, 13(1), 101-119. DOI:10.1080/13676260903173504
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45.
- Bassi, G., Lis, A., Marci, T., & Salcuni, S. (2021). The Italian Version of Smartphone Addiction Inventory (SPAI-I) for Adolescents: Confirmatory Factor Analysis and

Relation with Self-Control and Internalized-Externalized Symptoms. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.

- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current directions in psychological science*, 16(6), 351-355. DOI:10.1111/j.1467-8721.2007.00534.
- Beauchaine, T. P., & Cicchetti, D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and psychopathology*, 31(3), 799-804. DOI:10.1017/S0954579419000671
- Berger, S., Wyss, A. M., & Knoch, D. (2018). Low self-control capacity is associated with immediate responses to smartphone signals. *Computers in Human Behavior*, 86, 45-51.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 39(3), 233-242. DOI:10.1007/s10964-009-9482-0.
- Bretherton, I., & Beeghly, M. (1982). Talking about internal states: The acquisition of an explicit theory of mind. *Developmental psychology*, 18(6), 906.
- Brinke, L. W., Menting, A. T., Schuiringa, H. D., Zeman, J., & Deković, M. (2021). The structure of emotion regulation strategies in adolescence: Differential links to internalizing and externalizing problems. *Social Development*, 30(2), 536-553.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current psychiatry reports*, 19(3), 1-8. DOI:10.1007/s11920-017-0767-9
- BUCKLEY, M. A. R., & SAARNI, C. L. N. (2014). Emotion regulation: Implications for positive youth development. In *Handbook of positive psychology in schools* (pp. 107-122). Routledge.
- Caplan, S. E. (2003). Preference for online social interaction: A theory of problematic Internet use and psychosocial well-being. *Communication research*, 30(6), 625-648.
- Casale, S., Caplan, S. E., & Fioravanti, G. (2016). Positive metacognitions about Internet use: The mediating role in the relationship between emotional dysregulation and problematic use. *Addictive behaviors*, 59, 84-88. DOI:10.1016/j.addbeh.2016.03.014
- Casey, B. J. (2015). Beyond simple models of self-control to circuit-based accounts of adolescent behavior. *Annual review of psychology*, 66, 295-319.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 371-394. DOI:10.1016/j.brat.2005.03.005.
- Cipriano A., Cella S. and Cotrufo P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2017; 8: 1946. Published online 2017 Nov 8. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01946

- Clark, L. (2009). Focus group research with children and youth. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14*(2), 152-154.
- Cole, P. M., Ramsook, K. A., & Ram, N. (2019). Emotion dysregulation as a dynamic process. *Development and Psychopathology, 31*(3), 1191-1201.
- Cortina, Milano 2018.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. *Bethesda (Maryland): National Institutes of Health, 2013*, 541-545.
- D'Agostino, A., Pepi, R., Aportone, A., & Monti, M. R. (2018). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Questionnaire-Nonsuicidal (SITBQNS): Development and validation of a revised version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) for the self-assessment of nonsuicidal self-injury. *Clinical Neuropsychiatry, 15*(6).
- Daley, A. M. (2013). Adolescent-friendly remedies for the challenges of focus group research. *Western journal of nursing research, 35*(8), 1043-1059.
DOI:10.1177/0193945913483881
- Davey, A., Nasser, K., & Davey, S. (2020). Gender Differential for Smart Phone Addiction and its Predictors among Adolescents: Assessing relationship with Self Control via SEM Approach. *Journal of Indian Association for Child & Adolescent Mental Health, 16*(3).
- DOI:10.1007/s10862-012-9292-7
- Duckworth, A. L. (2011). The significance of self-control. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(7), 2639-2640. DOI:10.1073/pnas.1019725108
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American journal of community psychology, 26*(5), 775-802.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American journal of community psychology, 26*(5), 775-802.
- Extremera, N., Quintana-Orts, C., Sánchez-Álvarez, N., & Rey, L. (2019). The role of cognitive emotion regulation strategies on problematic smartphone use: comparison between problematic and non-problematic adolescent users. *International journal of environmental research and public health, 16*(17), 3142.
DOI:10.3390/ijerph16173142
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease, 186*(5), 259-268. DOI: 10.1097/00005053-199805000-00001
- Finkenauer, C., Engels, R., & Baumeister, R. (2005). Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International journal of behavioral development, 29*(1), 58-69.
DOI:10.1080/01650250444000333

- Franken, A., Moffitt, T. E., Steglich, C. E., Dijkstra, J. K., Harakeh, Z., & Vollebergh, W. A. (2016). The role of self-control and early adolescents' friendships in the development of externalizing behavior: The SNARE study. *Journal of youth and adolescence, 45*(9), 1800-1811. DOI:10.1007/s10964-015-0287-z
- Fu, L., Wang, P., Zhao, M., Xie, X., Chen, Y., Nie, J., & Lei, L. (2020). Can emotion regulation difficulty lead to adolescent problematic smartphone use? A moderated mediation model of depression and perceived social support. *Children and Youth Services Review, 108*, 104660. DOI:10.1016/j.childyouth.2019.104
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences, 40*(8), 1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences, 30*(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of adolescence, 28*(5), 619-631.
- Gatta, M., Rotondo, M. C. G., Svanellini, L., Lai, J., Salis, M., & Ferruzza, E. (2015). Focus groups as a means for preventing adolescent alcohol consumption: Qualitative and process analysis. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 10*(1), 63-78.
- Gatta, M., Svanellini, L., Rotondo, C. G., Maurizio, S., Schiff, S., & Ferruzza, E. (2016). Focus groups in the prevention of teenagers' alcohol misuse. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 11*(1), 3-20.
- Geng, Y., Gu, J., Wang, J., & Zhang, R. (2021). Smartphone addiction and depression, anxiety: The role of bedtime procrastination and self-control. *Journal of Affective Disorders, 293*, 415-421.
- Gibbs, A. (1997). Focus groups. *Social research update, 19*(8), 1-8.
- Gibson, F. (2007). Conducting focus groups with children and young people: strategies for success. *Journal of research in nursing, 12*(5), 473-483.
- Giromini, L., Velotti, P., De Campora, G., Bonalume, L., & Cesare Zavattini, G. (2012). Cultural adaptation of the difficulties in emotion regulation scale: Reliability and validity of an Italian version. *Journal of clinical psychology, 68*(9), 989-1007.
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of abnormal child psychology, 38*(8), 1179-1191.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry, 38*(5), 581-586.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1091-1103.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 2, 107-33.
- Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 197-211.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Heary, C., & Hennessy, E. (2006). Focus groups versus individual interviews with children: A comparison of data. *The Irish Journal of Psychology*, 27(1-2), 58-68.
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 63. DOI:10.1037/0022-006X.76.1.63
- Hormes, J. M., Kearns, B., & Timko, C. A. (2014). Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction*, 109(12), 2079-2088. DOI:10.1111/add.12713
- IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jin Jeong, Y., Suh, B., & Gweon, G. (2020). Is smartphone addiction different from Internet addiction? comparison of addiction-risk factors among adolescents. *Behaviour & Information Technology*, 39(5), 578-593.
- Jose, P. E., & Brown, I. (2008). When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(2), 180-192.
- Kennedy, C., Kools, S., & Krueger, R. (2001). Methodological considerations in children's focus groups. *Nursing research*, 50(3), 184-187.
- Kenyon, A. J. (2004). Exploring phenomenological research: Pre-testing focus group techniques with young people. *International Journal of Market Research*, 46(4), 427-441.
- Kim, H. J., Min, J. Y., Min, K. B., Lee, T. J., & Yoo, S. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone

- addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *PloS one*, 13(2), e0190896.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *Bmj*, 311(7000), 299-302.
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: using group dynamics. *Qualitative research in health care*, 56, 70.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Kovacs, M., Lopez-Duran, N. L., George, C., Mayer, L., Baji, L., Kiss, E., ... & Kapornai, K. (2019). The development of mood repair response repertoires: I. Age-related changes among 7-to 14-year-old depressed and control children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), 143-152. DOI: 10.1080/15374416.2017.1399399
- Kremen, A. M., & Block, J. (1998). The roots of ego-control in young adulthood: links with parenting in early childhood. *Journal of personality and social psychology*, 75(4), 1062. DOI:10.1037/0022-3514.75.4.1062
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance use & misuse*, 45(7-8), 1131-1160. DOI:10.3109/10826080903567855
- Labouvie-Vief, G., DeVoe, M., & Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: conceptions of emotion across the life span. *Psychology and aging*, 4(4), 425.
- Lee, Y. K., Chang, C. T., Lin, Y., & Cheng, Z. H. (2014). The dark side of smartphone usage: Psychological traits, compulsive behavior and technostress. *Computers in human behavior*, 31, 373-383. DOI:10.1016/j.chb.2013.10.047
- Lewis, A. (1992). Group child interviews as a research tool. *British Educational Research Journal*, 18(4), 413-421.
- Li, X., Feng, X., Xiao, W., & Zhou, H. (2021). Loneliness and mobile phone addiction among Chinese college students: the mediating roles of boredom proneness and self-control. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 687.
- Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico,
- Lougheed, J. P., & Hollenstein, T. (2012). A limited repertoire of emotion regulation strategies is associated with internalizing problems in adolescence. *Social Development*, 21(4), 704-721.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Duran Tauleria, E., Duyme, M., Frigerio, A., ... & Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), ii40-ii46.
- McCONAUGHY, S. H., Stanger, C., & Achenbach, T. M. (1992). Three-Year Course of Behavioral/Emotional Problems in a National Sample of 4- to 16-Year-Olds: I.

- Agreement among Informants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 932-940. DOI:10.1097/00004583-199209000-00023
- McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. *Psychopathology*, 47(4), 207-219. DOI:10.1159/000358097
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544-554.
- McMahon, S. D., Todd, N. R., Martinez, A., Coker, C., Sheu, C. F., Washburn, J., & Shah, S. (2013). Aggressive and prosocial behavior: Community violence, cognitive, and behavioral predictors among urban African American youth. *American Journal of Community Psychology*, 51(3), 407-421.
- Meldrum, R. C., Young, J. T., & Weerman, F. M. (2009). Reconsidering the effect of self-control and delinquent peers: Implications of measurement for theoretical significance. *Journal of research in crime and delinquency*, 46(3), 353-376.
- Memmott-Elison, M. K., Holmgren, H. G., Padilla-Walker, L. M., & Hawkins, A. J. (2020). Associations between prosocial behavior, externalizing behaviors, and internalizing symptoms during adolescence: A meta-analysis. *Journal of adolescence*, 80, 98-114.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193. DOI:10.1348/014466508x386027
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698. DOI: 10.1073/pnas.1010076108
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative health research*, 8(3), 362-376.
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle?. *Psychological bulletin*, 126(2), 247.
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the difficulties in emotion regulation scale. *Assessment*, 17(1), 138-149.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and preventive psychology*, 12(4), 159-168.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 885.

- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample.
- Otterpohl, N., Schwinger, M., & Wild, E. (2016). Exploring the interplay of adaptive and maladaptive strategies: Prevalence and functionality of anger regulation profiles in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *36*(8), 1042-1069. DOI: 10.1177/0272431615593174.
- Pavia, L., Cavani, P., Di Blasi, M., & Giordano, C. (2016). Smartphone Addiction Inventory (SPAI): Psychometric properties and confirmatory factor analysis. *Computers in Human Behavior*, *63*, 170-178.
- Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The Difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *34*(3), 393-404.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine*, *46*(2), 225-236.
- Riediger, M., & Klipker, K. (2014). Emotion regulation in adolescence.
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*, *17*(1), 72-82.
- Roberts, J. A., & David, M. E. (2016). My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. *Computers in human behavior*, *54*, 134-141. DOI: 10.1016/j.chb.2015.07.058
- Rosell, L. R., Martínez, I., Flecha, A., & Álvarez, P. (2014). Successful communicative focus groups with teenagers and young people: How to identify the mirage of upward mobility. *Qualitative Inquiry*, *20*(7), 863-869.
- Sabato, H., Abraham, Y., & Kogut, T. (2021). Too Lonely to Help: Early Adolescents' Social Connections and Willingness to Help During COVID-19 Lockdown. *Journal of Research on Adolescence*, *31*(3), 764-779.
- Schneider, S. J., Kerwin, J., Frechtling, J., & Vivari, B. A. (2002). Characteristics of the discussion in online and face-to-face focus groups. *Social science computer review*, *20*(1), 31-42.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of psychiatric research*, *46*(5), 651-658. DOI:10.1016/j.jpsychires.2012.02
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Traduzione e adattamento italiano del Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS): una ricerca preliminare. *Psicoter Cogn Comport*, *16*, 141-70.

- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of research on adolescence, 19*(1), 75-91. DOI:10.1111/j.1532-7795.2009.00582.x.
- Sornberger M. J., Heath N. L., Toste J. R., & McLouth R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide Life Threat. Behav. 42*, 266–278. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x
- Sourander, A., & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. *European child & adolescent psychiatry, 14*(8), 415-423.
- Squires, L. R., Hollett, K. B., Hesson, J., & Harris, N. (2021). Psychological distress, emotion dysregulation, and coping behaviour: a theoretical perspective of problematic smartphone use. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(4), 1284-1299.
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: what changes, and why?. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*(1), 51-58. DOI:10.1196/annals.1308.005
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current directions in psychological science, 16*(2), 55-59.
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H., Kleinjan, M., Reijnders, M., & van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PloS one, 11*(8), e0161062.
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Self-regulation and self-control* (pp. 173-212). Routledge.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational psychology review, 3*(4), 269-307.
- Todd, Z., Nerlich, B., McKeown, S., & Clarke, D. (2004). Mixing methods in psychology. *The integration of qualitative.*
- Van de Groep, S., Zanolie, K., Green, K. H., Sweijen, S. W., & Crone, E. A. (2020). A daily diary study on adolescents' mood, empathy, and prosocial behavior during the COVID-19 pandemic. *PloS one, 15*(10), e0240349.
- Van Den Heuvel, M. W., Stikkelbroek, Y. A., Bodden, D. H., & Van Baar, A. L. (2020). Coping with stressful life events: Cognitive emotion regulation profiles and depressive symptoms in adolescents. *Development and Psychopathology, 32*(3), 985-995.
- van Rijsewijk, L., Dijkstra, J. K., Pattiselanno, K., Steglich, C., & Veenstra, R. (2016). Who helps whom? Investigating the development of adolescent prosocial relationships. *Developmental psychology, 52*(6), 894.

- Wang, Z., Yang, X., & Zhang, X. (2020). Relationships among boredom proneness, sensation seeking and smartphone addiction among Chinese college students: Mediating roles of pastime, flow experience and self-regulation. *Technology in Society*, *62*, 101319.
- Wilkerson, J. M., Iantaffi, A., Grey, J. A., Bockting, W. O., & Rosser, B. S. (2014). Recommendations for internet-based qualitative health research with hard-to-reach populations. *Qualitative health research*, *24*(4), 561-574.
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., ... & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *59*, 25-36.
- Woodyatt, C. R., Finneran, C. A., & Stephenson, R. (2016). In-person versus online focus group discussions: A comparative analysis of data quality. *Qualitative health research*, *26*(6), 741-749. DOI:10.1177/1049732316631510
- Wyatt, T. H., Krauskopf, P. B., & Davidson, R. (2008). Using focus groups for program planning and evaluation. *The Journal of School Nursing*, *24*(2), 71-82.
- Yoshikawa, H., Weisner, T. S., Kalil, A., & Way, N. (2008). Mixing qualitative and quantitative research in developmental science: Uses and methodological choices. *Developmental psychology*, *44*(2), 344.
- Yun, I., Kim, S. G., & Kwon, S. (2016). Low self-control among South Korean adolescents: A test of Gottfredson and Hirschi's generality hypothesis. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *60*(10), 1185-1208. DOI:10.1177/0306624x15574683
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *27*(2), 155-168.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, *35*(1), 1-17.
- Zondervan-Zwijnenburg, M. A. J., Richards, J. S., Kevenaar, S. T., Becht, A. I., Hoijtink, H. J. A., Oldehinkel, A. J., ... & Boomsma, D. I. (2020). Robust longitudinal multi-cohort results: The development of self-control during adolescence. *Developmental cognitive neuroscience*, *45*, 100817.